Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

Ano 2021

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)

POLÍTICAS E PRÁTICAS
EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Ano 2021

CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE

Atena
Editora
Ano 2021

Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Hákilla Pricyla de Jesus Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3 / Organizadora Hákilla Pricyla de Jesus Souza. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-781-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.816211612

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Souza, Hákilla Pricyla de Jesus (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresentamos a coleção “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, uma obra dividida em três volumes que têm como objetivo principal desvelar discussões científicas sobre as diversas interfaces de atuação do profissional enfermeiro. Os conteúdos dos volumes perpassam por trabalhos de pesquisas originais, relatos de experiências e revisões da literatura, que foram desenvolvidos em instituições nacionais e internacionais na área de saúde.

O advento da pandemia pela COVID 19 trouxe mais visibilidade e valorização à profissão de Enfermagem, responsável pelo cuidado com vistas às múltiplas dimensões do ser humano. Sabe-se que a Enfermagem deve ter a capacidade de planejar uma assistência baseada em evidências, fundamentada em políticas e práticas que evidenciem seu protagonismo frente às transformações exigidas pela Saúde Pública.

Nesta obra, o primeiro volume traz estudos relacionados ao desenvolvimento da prática de enfermagem em diferentes unidades hospitalares, destacando a importância do trabalho em equipe desde o período pré-natal até a saúde do idoso, além da assistência aos cuidados paliativos. No segundo volume, os artigos associam-se aos fatores psicossociais e políticos envolvidos na atuação do enfermeiro, além daqueles direcionados à liderança e à prática docente. No terceiro volume, são apresentados estudos que demonstram a atuação da enfermagem na Saúde Pública, nestes incluídos os cuidados às famílias e as comunidades.

Ao decorrer de toda a obra “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, é notório observar que os trabalhos envolvem a atuação da Enfermagem de forma holística, com práticas integrativas e complementares para alcançar o bem-estar do paciente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de ações de educação em saúde, com enfoque na humanização do cuidado. Desta forma, firma-se o compromisso da Enfermagem como ciência, e ressalta-se a relevância da divulgação desses estudos, para que os mesmos possam servir de base para a prática dos profissionais, na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a Atena Editora oferece a estrutura de uma plataforma solidificada e segura para que os pesquisadores possam expor e divulgar seus resultados.

Hákilla Pricyla de Jesus Souza

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM IDOSOS

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 04/11/2021

Anny Carolini Dantas da Fonseca
Universidade Federal de Campina Grande
Cuité – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/0377449229061512

Raquel Dantas de Araújo
Universidade Federal de Campina Grande
Cuité – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/4628823190264285

Jessica Gabrielly Feliciano da Costa
Universidade Federal de Campina Grande
Cuité – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/9903907919176585

Joanna Karla Freitas Aquino
Universidade Federal de Campina Grande
Cuité – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/3558616373001488

Francisco Gabriel Pereira
Universidade Federal de Campina Grande
Cuité – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/9041515233232260

Gláucya Raquel Souza da Fonseca Dutra
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
Caicó – Rio Grande do Norte
http://lattes.cnpq.br/6838867030936429

RESUMO: O envelhecimento embora seja um processo natural traz consigo várias problemáticas, entre elas surgem as doenças crônicas, que acarretam diversos prejuízos à saúde humana. nesse contexto é importante ter medidas capazes de diminuir os danos que essas patologias podem causar, como também medidas que ofereçam uma maior atenção a essa faixa etária, com essa pretensão existem as práticas integrativas complementares, as quais são recursos terapêuticos que possibilitam o tratamento paliativo e buscam a prevenção de várias doenças crônicas não transmissíveis como por exemplo, a depressão e a hipertensão. tendo em vista que a maioria dos idosos utilizam medicamentos para diversas doenças, esse resumo é de suma importância para a população, pois o mesmo visa levar informações acerca da utilização de práticas integrativas complementares em idosos, contribuindo assim com informações relevantes para a área da saúde e agregando conhecimentos que possam trazer maior comodidade à pacientes idosos portadores de doenças crônicas.

PALAVRAS-CHAVE: Recurso terapêutico, prevenção, tratamento paliativo, práticas integrativas

THE RELATION OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES WITH ELDERLY

ABSTRACT: Even though aging is a natural process it is followed by a lot of problems and, among them, chronic diseases appear. These diseases result in several damages to human health, in this context, it is important having measures to reduce the damage that these pathologies can cause, as well as measures that offer a bigger attention to this age group.

aiming to help in this process, there are complementary integrative practices that use therapeutic resources to enable palliative treatment and to seek the prevention of several non-communicable chronic diseases, for example, depression and hypertension. Considering that most elderly use medicines for different diseases, this abstract is of major importance for the population because it contributes with relevant information to the health area and it adds knowledge about the use of complementary integrative practices in elderly, giving them a greater convenience to deal with their chronic diseases.
KEYWORDS: Therapeutic resource, prevention, palliative treatment, integrative practices.

1 I INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população faz parte da realidade demográfica no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para o fato de que em 2050 o mundo terá dois bilhões de idosos e, nas Américas, o número de pessoas acima de 60 anos aumentará mais de três vezes nos próximos 30 anos, passando de oito para 30 milhões. O Brasil será o sexto país com o maior quantitativo de pessoas idosas até 2025, alcançando 22,71% da população total em 2050. (SILVA, et al., 2021).

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo que vem atingindo vários países e traz desafios constantes na busca por melhores condições de vida dos idosos. Abordar a temática do envelhecimento é ter a possibilidade de refletir sobre as necessidades de transformações sociais, políticas e econômicas que visem a inclusão dos idosos nas esferas sociais. (SARAIVA, et al., 2015).

Com o avanço da idade, surgem problemas crônicos de saúde que, muitas vezes, tornam a pessoa idosa dependente de cuidado, juntamente com desafios dos sistemas de saúde que demandam linhas de cuidado e redes de atenção mais resolutivas. (SILVA; VALSOLER; STORTTI, 2021).

O envelhecimento é um processo natural e universal inerente ao desenvolvimento, caracterizado por um declínio fisiológico (PRESTES, et al., 2021). No Brasil, o envelhecimento populacional, o aumento do número de idosos e da longevidade, o maior tempo médio de vida dos indivíduos contribuem para um cenário de ampliação da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), próprias das alterações fisiológicas do envelhecimento (MENEZES; LIMA; ROCHA, 2019), assim como das comorbidades a elas associadas e dos demais problemas de saúde que ocorrem com maior frequência nos idosos, os medicamentos ocupam papel central no tratamento e na recuperação, e constituem um dos itens mais importantes da atenção à saúde dos idosos. (MARQUES; 2020).

No que se diz cuidado ao idoso é possível evidenciar a necessidade de adotar ações, que possibilitem uma maior atenção para esse grupo populacional. Com o envelhecimento, o qual, vem a cada dia crescendo e afeta toda a população mundial, traz consigo várias doenças, nota-se a necessidade de cuidados por profissionais habilitados e tratamentos

que se baseiam em recursos terapêuticos os quais trazem consigo o benefício da redução do uso de medicamentos, acarretando assim a diminuição de efeitos colaterais causados por medicamentos.

Neste cenário, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 971/2006, publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de garantir a integralidade nos serviços de saúde. A partir de então, a oferta e o estímulo ao uso das PIC, como a fitoterapia, a homeopatia, a acupuntura, dentre outras, foi legitimada no SUS, ampliando a utilização dessas práticas. (RUELA, et al., 2018).

As PICs fundamentam-se nos princípios da integralidade e da universalidade possibilitando o acesso a práticas que antes só eram possíveis na rede privada. Destacando-se assim como recursos terapêuticos, baseadas na medicina tradicional chinesa, na ayuervédica, na antroposófica, na indiana, as disciplinas corporais, terapias nutricionais e bioenergéticas, diversas modalidades de massagens, homeopatia, acupuntura, práticas xamânicas, meditação e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia. (SANT'ANA, ANDRADE; 2016).

Após 11 anos da implantação da PNPIC, o MS publicou em 2017 a Portaria nº 849/20177, que amplia os procedimentos oferecidos pela política no SUS. A meditação, arteterapia, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e reiki passam a integrar a oferta de PIC. A terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, auriculoterapia, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico já faziam parte dos serviços desde abril de 2016. Todos esses procedimentos, por meio de dados confirmados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) eram realizados por muitos municípios brasileiros. (HABIMORAD, et al., 2020).

Nessa circunstância, este trabalho teve por objetivo analisar a utilização das práticas integrativas e complementares por idosos e os benefícios da sua efetuação, como também faz uma análise da sua relação com o sistema único e saúde e os desafios encontrados pelos profissionais, com a determinação de mostrar a relação das PICS com o envelhecimento saudável.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica exploratória, realizada por meio de leitura e estudos detalhados e minuciosos de artigos e teses científicas, tendo por finalidade atingir de forma qualitativa os resultados de outras pesquisas, com a determinação de expandir conhecimentos à cerca do tema, visto que é uma temática bastante relevante.

A pesquisa literária foi realizada no período de agosto de 2021, sendo realizada busca de artigos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Eletrônica Científica Online

(Scielo); National Library of Medicine (PubMed) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MedLine).

Para aperfeiçoar a pesquisa e garantir a utilização de trabalhos científicos que são de referência sobre o tema, foram utilizados os seguintes descritores: “Envelhecimento”. “Promoção a saúde”, “Terapias Complementares”. Desta forma, foram selecionados artigos nacionais e internacionais que apresentaram referências concordantes com o objetivo proposto.

Na primeira etapa, foi realizada a busca literária a qual consistiu em leitura e análise do resumo e das palavras-chaves, sendo selecionados os artigos que estivessem dentro dos critérios estabelecidos, sendo assim obteve-se um total de 41 artigos nos idiomas inglês e português. Consequentemente, foi realizada a segunda etapa a qual foi realizado a leitura na íntegra, observando os resultados e discussões, obtendo assim um total de 23 artigos, 18 artigos foram excluídos por não atenderem ao critério de busca.
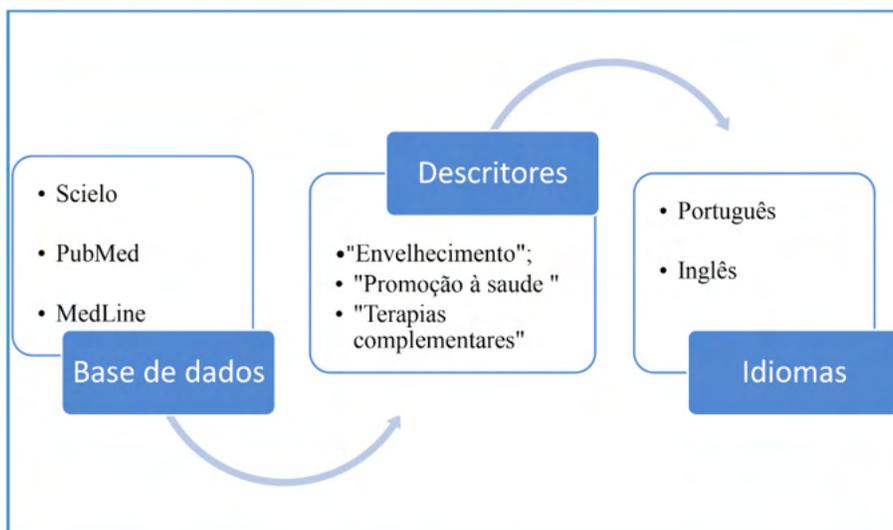
Figura 1- Processo de busca dos artigos

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após entender a complexidade da transição ao envelhecimento e a necessidade de uma atenção específica, buscaram-se avanços na implementação de mecanismos que possam reduzir os impactos psíquicos, sociais e físicos que podem estar presentes na vida do idoso e daqueles que estão no processo de transição da juventude para a terceira idade. (ALMEIDA, ALCÂNTRA, QUEIROZ; 2021).

Visando atender às demandas necessárias para uma promoção da saúde que se

distancie do modelo biomédico, o Ministério da Saúde introduziu ao Sistema Único de • Scielo • PubMed • MedLine Base de dados •”Envelhecimento”; • “Promoção à saude “ • “Terapias complementares” Descritores • Português • Inglês Idiomas Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), cerca de cinco práticas milenares que possuem origem do oriente, na Medicina Tradicional Chinesa. Dentro dessa estratégia de melhoria de vida da população como um todo, o governo buscou formas de prevenir agravos, promover e restaurar a saúde dos usuários do SUS, por intermédio de uma atenção humanizada e integral, que estivesse totalmente voltada ao cuidado humano com o ser. (BRASIL, 2006).

As Práticas Integrativas e Complementares estimulam o autocuidado, o cuidado com os outros indivíduos, a responsabilidade grupal durante a atenção à saúde, principalmente no vínculo saúde-doença, a sociabilidade dos indivíduos e a perspectiva de participação e de criação de cada um. (ALMEIDA, ALCÂNTRA, QUEIROZ, 2021).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. Inicialmente, foram incorporados serviços de homeopatia, fitoterapia, acupuntura, antroposofia e termalismo. Em 2017, a PNPIC foi ampliada incluindo 14 outras práticas; e, em 2018, 10 novas práticas foram introduzidas. (BRASIL, 2018).

Dentre os diversos benefícios das PIC, destaca-se sua eficiência terapêutica, com viabilidade econômica para o sistema público de saúde. (FISCHBORN, et al., 2020).

A formação na área das PICS ainda é um desafio, talvez devido ao padrão biologizante e medicalizante de cuidado, seguido por muitos profissionais de saúde, assim como em função do pouco conhecimento acerca das práticas e de suas potencialidades. Acrescenta-se a constatação do baixo investimento em formação profissional no Sistema Único de Saúde, para a expansão de algumas dessas práticas. (SANTOS, et al., 2018).

A necessidade da ampliação no processo de disponibilização das práticas alternativas, integrativas e complementares junto a atenção básica, também se constitui enquanto uma necessidade de fundamental importância, enquanto forma de promoção e educação em saúde, além de combate e controle as enfermidades. (AZEVEDO, et al., 2015)

Em relação à visibilidade social das práticas integrativas, estudo observou a falta de veículos especializados para divulgação de conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares na atenção básica. (CONTATORE, et al., 2015).

Um aspecto importante para o funcionamento das PNPICS é que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca das práticas integrativas e complementares, para que estas sejam inseridas no processo do cuidar, dado não retratado nos estudos analisados, pois se observou desconhecimento e desinformação por parte destes profissionais, consequentemente há ausência de divulgação e programas sociais que busquem possibilitar o acesso às práticas integrativas pelos pacientes. Com isto se dá a importância

da inserção das PICs na formação dos profissionais de saúde, o que fortaleceria a PNPIC e levaria reconhecimento, apoio e respeito às práticas, além de melhorar a oportunidade de acesso dos pacientes a estas práticas. (SOUZA, et al., 2020).

Com o envelhecimento da população brasileira, torna-se necessário maior estímulo para o uso do conjunto das PIC ofertadas pelo SUS que, para além do tratamento, também promovem o autoconhecimento e a autonomia pessoal, auxiliando na redução dos danos à saúde causados pelos impactos sociais vividos pelos idosos, e ressignificando, nessa fase da vida, o bem-estar físico e mental. (BRASIL, 2012).

Dentro do espectro da assistência integral a saúde do idoso, essas práticas apresentam importante alternativa a medicina convencional, já que há comprovada melhora na qualidade de vida, na prevenção de agravos e de doenças, além do maior relacionamento dos idosos com a sociedade como um todo e em especial das pessoas da sua faixa etária. (HARRIS, et al., 2012).

Contudo, ainda existem dificuldades para a implantação das práticas no SUS, sobretudo, em decorrência da insuficiência de dados de produção e de pesquisas, das limitações no controle dessas práticas, dentre outras. Assim, o desenvolvimento das PICs na rede pública de saúde brasileira está em lento processo de expansão. (SCHVEITZER, ESPER, SILVA, 2012).

A inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS demonstra uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. (PAUL, 2013).

As PICs possuem potencial de melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa, sua utilização estimula o desenvolvimento de hábitos de vida saudável, a prevenção e tratamento de doenças, além de promover a participação ativa do indivíduo face à sua doença. (SANTOS, et al., 2018).

Segundo Mouta (2021) as principais Pics utilizadas por idosos, são: Medicina Ayurvédica, capoterapia, meditação, reiki, ioga, intervenções comportamentais, musicoterapia, arteterapia, sauna ioga, relaxamento muscular, protocolo samba, tai chi qigong.

Vale salientar que um aspecto importante para adesão das PICS ao idoso se da pela sua baixa incidência de efeitos adversos, contrariando o uso de medicamentos proposto pelo modelo biomédico, que por sua vez são capazes de modificar a fisiologia metabólica do idoso. Reconhece que o envelhecimento é uma conquista e ao mesmo tempo um desafio para saúde para sociedade e para os gestores governamentais, no entanto a promoção de práticas que possam vir a contribuir com essa vivência mais saudável. (GAMA, SILVA; 2006; SANTOS, et al., 2018).

As ações que visam à promoção da saúde e que priorizam a prevenção ou o tratamento holístico das doenças e o estímulo à autonomia da pessoa idosa são de extrema importância para a permanência dessa população de forma ativa, podendo ainda

usufruir das experiências da vida (SANTOS, et al., 2018; AZEVEDO, et al., 2015) As PICS podem ser utilizadas como forma de proporcionar um envelhecimento ativo, garantindo ao indivíduo um conhecimento maior a respeito do seu corpo, além de uma interação e uma integração da sua espiritualidade e do enaltecimento de sua autoestima e seu maior interesse no tocante ao autocuidado. (SARAIVA, et al., 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, foi possível evidenciar que o envelhecimento populacional, significa um grande desafio para a sociedade como também para o sistema único de saúde, pois é necessários a efetivação de medidas que priorizem a prevenção e o controle de certas doenças, para que no futuro ocorra o que se chama de envelhecimento saudável, sem doenças e com uma melhor qualidade de vida.

Levando em consideração que o processo de envelhecimento não pode ser evitado, algumas medidas tem o objetivo de minimizar futuras consequências benéficas, essas medidas são chamadas de PICS as quais priorizam a prevenção de doenças e contribuem de maneira adequada para a qualidade de vida da população, principalmente dos idosos.

No entanto, infelizmente o seu processo de implantação, ainda sobre bastante resistências pois é necessário ter profissionais adequados para sua efetivação e no momento ainda é bastante restrito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.R.F; ALCÂNTRA, J.T; QUEIROZ, T.A. Práticas integrativas e complementares em saúde: utilização e eficácia para melhoria da vida do idoso. Brazilian Journal of Development. v.7. n.1.p-1757-1765. 2021.

ALVES, C.B.M; QUERINO, R.A. Práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, minas gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.15. n.32. p-149-163. 2019.

ARAÚJO, N.P; BEDIN,B.B; GABERT, D.M; BALBONI, L.S; MARTINS, P.F; MORESCHI, C. Práticas integrativas e complementares como estratégia de promoção da saúde da pessoa idosa. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. v.17.n.2. 2020.

AZEVEDO, A.C.B; CÂMARA, I.C.P; GOIS, S.R.F; BENETIDO, L.A.O. Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. Acta de Ciências e Saúde. v.1.n.1.p-1-19. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Nº 19. 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Liderança na Atenção Básica. Saúde consolida 29 modalidades de práticas integrativas no SUS. Brasília, DF: MS; 2018.

CONTATORE, O.A; BARROS, N.F; DURVAL, M.R; BARRIO, P.C.C.C; COUTINHO, B.D; SANTOS, J.A; NASCIMENTO, J.L; OLIVEIRA, S.L; PERES, S.M.P. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.20. p-3263- 3273. 2015.

FISCHBORN, A.F; MACHADO, J; FAGUNDES, N.C; PEREIRA, N.M. A política das práticas integrativas e complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. Revista do departamento de educação física e do mestrado em promoção da saúde da Universidade De Santa Cruz do Sul. v.17. 2016.

GAMA, M.A.X; SILVA, M.J.P. Utilização da fitoterapia por idosos de um centro de saúde em área central a cidade de São Paulo. Revista Saúde Coletiva. v.3.n.11.p-79-84. 2006.

HABIMORAD, P.H.L; CATARUCCI, F.M; BRUNO, V.H.T; SILVA,I.B; FERNANDES, V.C; DEMARZO,M.M.P; SPAGNUOLO, R.S; PATRICIO,K.P. Potencialidades e fragilidades de implantação da política nacional de práticas integrativas e complementares. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.7.p-395-405. 2020.

HARRIS, P.E; COOPER, K.L; RELTON, C; THOMAS, K.J. Prevalência da utilização da medicina complementar e alternativa (CAM) pela população em geral: uma revisão sistemática e atualização. Int J Clin Pract. v.66. n.10. p-924-939. 2012.

MARQUES, P.P. Cuidado à saúde do idoso: uso de medicamentos, polifarmácia e práticas integrativas e complementares. 2020. Tese de doutorado.

MARQUES, P.P; FRANCISCO, P.M.S.B; BACURAU, A.G.M; RODRIGUES, P.S; MALTA, D.C; BARROS, N.F. Uso de práticas integrativas e complementares por idosos: pesquisa nacional de saúde 2013. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro. v.4.n.126.2020.

MENEZES, T.A; LIMA, E.N; ROCHA, A.S. Expectativa de vida livre de hipertensão nas populações de idosos do Ceará, Região Nordeste e Brasil. 2019, Fortaleza. Curso de ciências atuariais. MINAYO, M.C.S. O imperativo de cuidar de pessoa idosa dependente. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.24. p-247-252. 2019.

MOUTA, R.J.O; DUTRA, R.R; MATOS, G.S.R; SILVA, S.C.S.B; MEDINA, E.T; CARINHANHA, J.I; LOPES, F.M.V.M; FREIRE, R.P. As práticas integrativas e complementares em saúde e a qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review. v.4.n.4.p-18356-18374. 2021. PAUL, P. Saúde e transdisciplinaridade. São Paulo: Edusp. 2013.

PRESTES, Y.A; SILVA, E.S; OLIVEIRA, H.G.A; PEREIRA, M.S; CAMPOS, H.L.M. Propósito de vida, dor e cognição de idosos domiciliados de uma cidade do interior do amazonas. Fisioterapia Brasil. v.22.n.2.p-168-179. 2021.

RUELA, L.O; MOURA, C.C; GRADIM, C.V.C; STEFANELLO, J; IUNES, D.H; PRADO, R.R. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: uma revisão da literatura. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.24.p-4239-4250. 2019.

SANT'ANA, V; ANDRADE, P.A. Análise do fomento do sus à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da política nacional de ciência tecnologia e inovação em saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SANTOS, M.S; AMARELLO, M.M; VIGETA, S.M.G; HORTA, A.L.M; TANAKA, L.H; SOUZA, K.M.J. Prática integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idoso. Revista Mineira de Enfermagem. v.22.p-1-5. 2018.

SARAIVA, A.M; SILVA, W.M.M; SILVA, J.B; SILVA, P.M.C; DIAS, M.D; FILHA, M.O.F. Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidade terapêutica. Revista de Enfermagem da UFSM. v.5.n.1.p-131-140. 2015.

SCHVEITZER, M.C; ESPER, M.V; SILVA, M.J.P. Praticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. O mundo da saúde. V.36. n.3. p-442-451.2012.

SILVA, L.S; VALSOLER, R.L.C; STORTTI, T.M. Utilização das práticas integrativas e complementares (pics) no tratamento da depressão: uma pesquisa bibliográfica. Brazilian Journal of Health Review. v.7.n.7.p-72935-72941. 2021.

SILVA, P.H.B; BARROS, L.C.N; BARROS, N.F; TEIXEIRA, R.A.G; OLIVEIRA, E.S.F. Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.26.n.1.p-89-97.2021.

SILVA, R.M; BRASIL, C.C.P; BEZERRA, I.C; FIGUEIREIDO, M.L.F; SANTOS, M.C.L; GONÇALVES, J.L; AGRELA, M.H. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.26. p89-98. 2021.

SOUZA, I.N; SILVA, G.B; SILVA, K.T.S; SREMIN, M; DIAS,C.L.O; MONTEIRO, S.C; PINTO, B.G.M; OLIVEIRA, J.N.A; GUSMÃO,R.O.M; JUNIOR,R.F.S. Produção cientifica acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares. Revista Eletrônica Acervo Saúde. v.12. n.10. p-4386- 4386. 2020.

CAPÍTULO 2

ATENDIMENTO AO HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÂO DE ENFERMEIROS

Data de aceite: 01/12/2021

Clarissa Mourão Pinho
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0003-0911-6037

Morgana Cristina Leôncio de Lima
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0001-9953-5395

Beatriz Raquel Lira da Fonsêca
Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0002-4430-2479

Ellen Lucena da Silva
Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0001-6335-7742

Juliany Fernanda Alves de Souza Silva
Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5927-4271

Bianca Leal Bezerra
Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5381-9907

Joana D'Arc de Oliveira Reis
Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0002-6252-8981

Mônica Alice Santos da Silva
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
http://orcid.org/0000-0002-8058-6034

Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
http://orcid.org/ORCID:0000-0003-0895-4207

Maria Sandra Andrade
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0002-9551-528X

RESUMO: Objetivo: descrever as perspectivas de atuação de enfermeiros acerca do atendimento ao HIV na Atenção Primária à Saúde. **Revisão Bibliográfica:** desde a descoberta até os dias atuais**,** a infecção pelo HIV/aids tem causado grandes impactos na saúde das pessoas e nos serviços de assistência à saúde. Uma das estratégias de assistência está relacionada à atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Nesta perspectiva, destaca-se que as

capacidades técnicas, humanísticas e gerenciais de enfermeiros podem contribuir para o êxito do processo de descentralização e a qualidade da assistência para pessoas que vivem com HIV. **Considerações Finais:** nesse processo, destaca-se a necessidade de maiores investimentos na estruturação física, funcional e de recursos humanos e materiais das unidades básicas de saúde, além de capacitações contínuas, com vistas ao êxito do processo de descentralização e à assistência de qualidade a essa população.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Descentralização, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Enfermeiro.

HIV CARE IN BASIC CARE: NURSES ' PERFORMANCE

ABSTRACT: Objective: to describe the perspectives of nurses' performance regarding HIV care in Primary Health Care. **Literature Review:** from its discovery to the present day, HIV/AIDS infection has caused great impacts on people's health and services of health care. One of the assistance strategies is related to the role of nurses in primary health care. In this perspective, it is highlighted that the technical, humanistic and managerial skills of nurses can contribute to the success of the decentralization process and to the quality of care for people living with HIV. **Final Considerations:** in this process, there is a need for greater investments in the physical, functional and human and material resources of basic health units, in addition to ongoing training, with a view to the success of the decentralization process and quality care to this population.
KEYWORDS: Primary Health Care, Decentralization, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) se refere ao estágio mais avançado da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Desde que foi descoberto, revela-se como adversidade mundial, associada a aspectos epidemiológicos, socioculturais, econômicos e clínicos. Identifica-se a necessidade de elaboração ou aperfeiçoamento de políticas públicas para o confronto com as barreiras sociais e estruturais relacionadas ao diagnóstico, tratamento e cuidados à saúde, assim como medidas que minimizem a discriminação e o estigma relacionados à doença (PVHIV) (SILVA *et al*., 2017).

Estima-se que existam pelo menos 37,9 milhões de pessoas vivendo com a doença no mundo. Desde o surgimento, em meados dos anos 1980, o número de infectados superou 74,9 milhões, dos quais, mais de 32 milhões de casos evoluíram para óbito. Entre os anos de 2004 (ano em que se observou o maior número de mortes) e 2018, houve queda significativa, o total anual de mortes que passou de 1,7 milhão para 770 mil, o que representa queda de 55% no percentual anual (AIDS, 2019).

No Brasil, no ano de 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids, resultando em taxa de detecção de 17,8/100.000 hab., o que representa total de 966.058 casos detectados no país, no período de 1980 a junho de

2019. O índice de detecção da doença tem diminuído desde o ano de 2012, e passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes, em 2018, detonando queda de 16,8%, essa redução tem sido intensificada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada no fim do ano de 2013. Como a notificação de casos de infecção pelo HIV ainda está sendo assimilada pelas redes de vigilância em saúde, ainda não são calculadas as taxas relacionadas a esses dados (BRASIL, 2019).

Em Pernambuco, no ano de 2017, os municípios que apresentaram a maior índice de detecção da infecção a cada 100 mil habitantes foram Cabo de Santo Agostinho, Olinda e Recife, com 60,10/100.000 hab., 55,53/100.000 hab. e 45,23/100.000 hab., respectivamente (PERNAMBUCO, 2018).

Inovações tecnológicas para prevenção, como a profilaxia pré e pós-exposição, tratamento como prevenção e autotestagem têm possibilitado, no plano individual, a gestão do risco à infecção pelo HIV e a redução da transmissibilidade do vírus. Na área da assistência e do tratamento, o acesso e a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), além de terem aumentado a sobrevida das PVHIV, garantiram às mulheres não apenas ter filhos com risco reduzido de nascer com HIV, mas também que (re) considerassem a possibilidade de serem mães após o conhecimento da sorologia (PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017).

No princípio da epidemia de HIV/Aids e nos anos seguintes, o modelo de assistência às PVHIV em serviços especializados, como o Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS, mostrou-se efetivo e seguro. Com o progresso do cuidado às PVHIV e a simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV foi evidenciando propriedades de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados se tornou deficitário (BRASIL, 2017a).

Nesse cenário, surgem novos planos de assistência baseados nas diretrizes propostas nas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, dentre as quais, está a de descentralizar o acesso ao diagnóstico, pela oferta de teste rápido e pelo aconselhamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Tais ações passaram a ser preconizadas nacionalmente a partir da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, que estabelece a realização de testes rápidos para detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal na APS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Para oferecer suporte aos profissionais que operam nos serviços de saúde da APS, o MS, por meio do Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, elaborou a publicação, cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela APS, que aponta para reorganização do modelo de atenção em saúde no manejo da infecção pelo HIV, em todos os níveis de atenção, especialmente, na APS. Além de fornecer informações sobre a implementação e oferta de ações de prevenção combinada presentes nas várias etapas das linhas de cuidado desenhadas para atenção em HIV e Aids. (BRASIL, 2017a).

A equipe multidisciplinar, constituída por diversos profissionais da saúde, entre eles enfermeiro, nutricionista e farmacêutico, veio sobrepor aquele cuidado concentrado apenas

no médico, acrescendo mais importância ao cuidado do paciente. Para isso, é essencial que a equipe multidisciplinar una esforços para viabilizar esse processo, promovendo o autocuidado. O paciente deve compreender e aceitar a prescrição e, por se tratar de processo dinâmico, a equipe de saúde é corresponsável pela adesão (CANCIANA *et al*., 2015; COLAÇO *et al*., 2019).

No trabalho da enfermagem, ressalta-se a interpretação subjetiva da atuação do enfermeiro nas demandas da infecção pelo HIV, uma vez que esse profissional se insere no acolhimento do usuário, na escuta qualificada, na empatia e no vínculo. Isso porque, mesmo se tratando de patologia que possui terapêutica biomédica viável, ainda não há cura, bem como demanda grande mobilização de aspectos afetivos e emocionais, considerando que o diagnóstico repercute sensivelmente em questões de estigma e preconceito (CANCIANA *et al*., 2015; COLAÇO *et al*., 2019).

Diante desse contexto, o estudo trata de revisão bibliográfica que objetivou descrever as percepções de enfermeiros acerca do atendimento do HIV na Atenção Primária à Saúde.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Panorama, aspectos epidemiológicos e esquema medicamentoso do HIV no cenário mundial e nacional

Em meados de 1981, nos EUA, inicia-se a identificação de número alto de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que possuem sarcoma de *Kaposi*, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, acarretando conclusão de que se tratava de nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (BRASIL, 2020).

A infecção pelo HIV/Aids faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986 e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014. Desta forma, caso ocorra casos de infecção pelo HIV ou de aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde (BRASIL, 2019).

No Brasil, a epidemia ocorreu em três etapas diferentes. A primeira foi marcada pelo conceito de “grupo de risco”, caracterizado pelo perfil epidemiológico que correspondia a homens homossexuais com alto nível de escolaridade, o que gerou estereótipo sobre os homens que se enquadram nesse perfil (MOURA; FARIA, 2017).

Na segunda fase, o conceito adotado foi o de “comportamento de risco”, devido ao aumento de casos entre os heterossexuais, em especial, devido à contaminação por uso de drogas injetáveis. A difusão da doença entre os indivíduos heterossexuais contribui para formação do perfil atual dos casos, com aumento de casos em pessoas do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e de regiões mais interioranas, conceituando a fase como “grupos de maior vulnerabilidade” (MOURA; FARIA, 2017).

A transformação observada no perfil das PVHIV, na última década, que passou da

aparência característica de uma pessoa adoecida e fragilizada, homossexual e/ou usuária de drogas, para indivíduos saudáveis, o que difere do perfil estigmatizante construído na fase inicial da doença (MOURA; FARIA, 2017).

O acesso ao TARV no Brasil é assegurado pela Lei nº 9.313/96 de 1996, que define o acesso ao TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se entre os países em desenvolvimento como o primeiro a adotar política pública de acesso a este tipo de tratamento. Como tentativa de reduzir o número de casos de Aids, em 2013, foi proposto que a APS assumisse o manejo e tratamento das PVHIV, independente da contagem de CD4. Além de testar em demanda espontânea, contribui para aumentar a cobertura de testagem em populações-chave e a qualidade de vida e a sobrevida dessas pessoas, considerando o caráter crônico da doença (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Em 2012, comprovou-se, a partir do ensaio clínico HPTN 052, que a utilização precoce de TARV diminui a transmissão sexual do HIV em mais de 96% entre casais sorodiscordantes. Os benefícios propiciaram a reorganização das trajetórias sexuais, reprodutivas e afetivas, porém, certos aspectos se mantêm complexos, como a associação entre concepção/contracepção e prevenção do HIV em casais sorodiscordantes (PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017).

No entanto, a utilização dos antirretrovirais ainda traz efeitos colaterais preocupantes, gerando problemas na adesão. Desta forma, as questões relacionadas à elaboração de critérios de adesão aos serviços e à TARV, além de serem prioritárias, necessitam ser incrementadas, como também objeto de ações contínuas e duradouras. Falhas na adesão contribuem para ocorrência das doenças oportunistas. Assim, a adesão ao tratamento acaba assumindo responsabilidades sociais e políticas muito evidenciadas, tanto por causa do investimento realizado pelo governo brasileiro como pelo controle da epidemia (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Estudo atual vem reforçando como é imprescindível a evolução na qualidade da atenção, mediante políticas de combate à epidemia, de modo a proporcionar melhora na adesão à terapia. Na concepção da saúde pública, a não adesão se torna ameaça individual e coletiva (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Atuação do enfermeiro da Atenção Básica no processo de descentralização da assistência às PVHIV

Os SAE têm como objetivo prestar assistência ambulatorial, integral e de qualidade aos pacientes acometidos por HIV/Aids e Hepatites Virais. Esses serviços contam com equipe multidisciplinar, com intuito de fornecer assistência clínica, terapêutica, psicossocial e farmacêutica, para acompanhar o paciente de modo continuado (GOIÁS, 2020).

Implantados, no Brasil, em 1994, os serviços de assistência especializada em HIV/Aids oferecem ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas com HIV ou Aids. Apresentam diretrizes norteadoras de estrutura e organização, de forma igualitária, no ambiente nacional, cumprindo as diversas necessidades e condições expostas em cada

serviço (ABRÃO *et al*., 2014).

Nos SAE, os paciente com HIV/Aids e outras IST criam vínculos com a equipe multiprofissional especialista na atenção à saúde a esses pacientes. Os profissionais de saúde, responsáveis pela prestação da assistência integral, de qualidade e livre de preconceitos, agem como coautores do processo de promoção da saúde das pessoas sob seus cuidados. Na assistência à saúde, devem, ainda, garantir a todos os pacientes o direito de serem tratados com respeito, dignidade, igualdade e justiça, cumprindo, desta forma, um dos princípios do SUS, a equidade. Ressalta que os serviços se tornam mais aptos a realizar as ações previstas pelo Programa IST/Aids, quando há equipe multiprofissional mínima exigida pelo Ministério da Saúde (ABRÃO *et al*., 2014).

A reorganização do modelo de atenção em saúde para as PVHIV foi uma proposta do Ministério da Saúde, visando evolução dos cuidados da população, nos últimos anos. A proposta decorre da simplificação do esquema antirretroviral, da percepção do HIV como condição crônica e do aumento do número de PVHIV. Desta maneira, o manejo ambulatorial do HIV agrupa inúmeras semelhanças ao tratamento de outras doenças crônicas não transmissíveis, como a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e necessidade de acompanhamento clínico. Nesta perspectiva, foi proposto que os diferentes níveis de atenção participem, em distintos momentos, da linha de cuidado dessa população (BRASIL, 2017b; PINTO; CAPELETTI, 2019).

A atenção primária é a protagonista diante deste cenário, visando trabalho integrado e em rede, com todos os níveis de atenção à saúde. Tendo como características essenciais: o primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; e a coordenação. E como derivadas, a orientação familiar; a orientação comunitária e a competência cultural. Tais características fazem da APS linha de enfrentamento importante contra o HIV. A APS pode auxiliar em cada um dos itens da meta 90-90-90, de forma significativa, sendo destaque: ampliação dos pontos da rede de teste rápido (impacto na meta 1), busca ativa de pacientes pouco aderentes (impacto na meta 2) e ferramentas para melhorar a adesão ao tratamento (impacto meta na 3) (BRASIL, 2017b; PINTO; CAPELETTI, 2019).

A inserção dos testes rápidos foi realizada gradualmente, considerando a necessidade de treinamento dos profissionais e preparação do serviço para acolhimento, aconselhamento, execução do teste, tratamento e encaminhamentos. Manuais do Ministério da Saúde apontavam a interseção entre HIV/Aids e atenção primária em ações preventivas, mobilização comunitária, aconselhamento e cuidados gerais da saúde para as PVHIV. A introdução da oferta do diagnóstico na APS e a possibilidade de acompanhamento das PVHIV, de modo corresponsável com os serviços especializados, expressam a passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Os acompanhamentos com profissionais de nutrição, enfermagem e farmácia fortalecem a utilização correta da medicação, monitoração dos exames laboratoriais, melhoria da qualidade nutricional e de vida dos pacientes. Além disso, possibilita a

realização de diagnósticos de alterações clínicas precoce, prevenção de internações e menores custos para o sistema de saúde. Desta forma, é imprescindível que a equipe multidisciplinar some esforços para facilitar esse processo, estimulando o autocuidado. O paciente deve compreender e aceitar a prescrição, e como se trata- de um processo dinâmico, a equipe de saúde é corresponsável pela adesão (CANCIANA *et al*., 2015).

Perante os inúmeros problemas causados pela infecção, é imprescindível a realização de assistência efetiva e de qualidade, de modo a diminuir a velocidade de progressão da doença. Desta forma, a promoção da saúde dos pacientes parte do pressuposto de garantir assistência individualizada, efetiva e de qualidade. A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o serviço de enfermagem e possibilita a implementação do instrumento metodológico, o Processo de Enfermagem, dividido em cinco etapas, que consistem na coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (SILVEIRA *et al*., 2017).

A representação social do papel da enfermagem nas ações de saúde é traduzida por meio do trabalho técnico operacional, da realização de procedimentos e técnicas. Soma-se ao trabalho técnico a atuação humanística e capacidade gerencial. Contudo, este último não deve predominar sobre as demais ações, no processo de trabalho do enfermeiro (COLAÇO *et al*., 2019).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das recomendações pautadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, muito ainda deve ser discutido e avaliado, uma vez que a proposta do atendimento integral à PVHIV, na atenção básica, encontra-se em implantação. Entretanto, é importante ressaltar que PVHIV necessitam de assistência contínua e de qualidade.

Dessa forma, destaca-se a importância do enfermeiro na assistência a essas pessoas, no que se refere ao cuidado integral, com atuação na promoção da saúde, estímulo à adesão à terapia antirretroviral e na criação de estratégias de combate ao estigma, de modo a contribuir para a mudança positiva nos aspectos relacionados ao estigma e preconceito e na assistência integral à saúde.

Nessa perspectiva, ainda se fazem necessários maiores investimentos na estruturação física das unidades básicas de saúde, como também dos serviços de assistência especializada. Urge-se oferta em número adequado de recursos materiais para atividades de educação, prevenção, diagnóstica e disponibilização de recursos humanos, com capacitações contínuas, com vistas ao êxito do processo de descentralização e assistência de qualidade, no que tange ao HIV.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. S. et al. **Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência à Especializada Em HIV/AIDS na Cidade de Recife, Brasil.** Revista Baiana de Saúde Pública, Recife, v.38, n.1, p.140-154, mar. 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-757798 Acesso em: 04 abr. 2021.

AIDS, A. **Dados da ONU: Na contramão do mundo, Brasil tem aumento de 21% de novos casos de aids em 8 anos**. 2019. Disponível em: https://agenciaaids.com.br/noticia/dados-da-onu-na-contramao-do-mundo-brasil-tem-aumento-de-21-de-novos-casos-de-sids-em-8-anos/ Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/AIDS na Atenção Básica: **Material para Profissionais de Saúde e Gestores**. 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019.** Boletim Epidemiológico, Brasília, p. 1-72, dez. 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento.** Brasília, p 1-17, 2020.

CANCIANA, N. R. I. et al. **Importância da Atenção Multidisciplinar Para Resgatar o Paciente Com HIV/AIDS Apresentando Baixa Adesão a Terapia Antirretroviral.** Rev. de Atenção à Saúde, Brasil, v.13, n.45, p.55-60, set. 2015. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2910/1792 Acesso em: 20 abr. 2021.

COLAÇO, A. D. et al. Care **For The Person Who Lives With HIV/AIDS in Primary Health Care**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 28, p.1-15, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100332&tlng=en. Acesso em: 20 abr. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. **Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com hiv/aids atendidos na atenção primária.** Saúde em Debate, [S.L.], v.42, n.116, p.148-161, jan. 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/148-161. Acesso em: 05 maio. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811612.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. **Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Revista de Enfermagem Ufpe On Line, [s.l.], v.11, n.12, p.5214-5220, 17 dez. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815. Acesso em: 08 mai. 2021. http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22815p5214-5220-2017

PERNAMBUCO. Secretaria De Saúde Do Estado De Pernambuco. **Vigilância em saúde. Boletim HIV/Aids**. n.8, p.1-36, 2018. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_hiv_aids_pe_2018.pdf Acesso em: 27 abr. 2021.

PINHO, A. A.; CABRAL, C. S.; BARBOSA, R. M. **Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para** a **atenção à saúde sexual e reprodutiva**: Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v.33, n.12, p.1-14, 18 dez. 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n12/e00057916/. Acesso em: 20 abr. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00057916

PINTO, V. M.; CAPELETTI, N. M. **Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: a experiência do município de florianópolis/sc: A experiência do município de Florianópolis/SC**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [s.l.], v.14, n.41, p.1-8, 27 mar. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710. Acesso em: 20 de abr. 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. Superintendência de Políticas e Atenção Integral a Saúde Gerência de Programas Especiais. **Diretrizes Para Implantação De Serviço De Assistência Especializada** - SAE. p. 1-8, 2020.

SILVA, R. A. R. et al. **Questionário para avaliação das ações de controle do HIV/Aids na Atenção Básica.** Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.], v.30, n.3, p.271-279, maio 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0271.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700041

SILVEIRA, J. A. et al. **Processo de Enfermagem aplicado ao paciente soropositivo: relato de experiência: Relato de experiência**. International Nursing Congress, Eua, v.1, n.1, p.1-4, maio 2017. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/6006/2051&ved=2ahUKEwiWzq Acesso em: 04 mai. 2021.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v.26, n.3, p.785-806, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E DE HUMANIZAÇÃO NORTEADORAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 06/09/2021

Tércia Moreira Ribeiro da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5261-2266

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0122-2727

Maíra Helena Micheletti Gomide
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Pós Graduação Ciências Penais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5283-1656

Fernanda Penido Matozinhos
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-1368-4248

Mhayara Cardoso dos Santos
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-9037-3676

Luana Andrade Simões
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Farmácia
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4942-5195

Isabella de Alcântara Gomes Silva
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Elton Junio Sady Prates
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5049-186X

Delma Aurélia da Silva Simão
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-0961-8213

RESUMO: O Brasil considera a redução mortalidade infantil como questão prioritária de Saúde Pública. Assim, várias políticas públicas tem sido norteadoras para o alcance da atenção integral à saúde da criança. Nesta conjuntura, as políticas de humanização são instrumentos de qualificação, norteando as estratégias e ações de enfermagem para assistência à saúde infantil. Este capítulo objetivou discutir as políticas públicas de proteção e de humanização norteadoras das ações de enfermagem, desde o pré-natal até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A partir dos anos 2000, com a instituição do Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços foram crescentes e, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização, seguida pela estratégia da Rede Cegonha, que assegurou às mulheres, a atenção humanizada à gestação, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Além da PNH e da Rede Cegonha, o Método Canguru, modelo de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, estabeleceram estratégias prioritárias para a promoção à saúde, prevenção de agravos, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Conclui-que as políticas de proteção e de humanização podem nortear as ações de enfermagem, contribuindo com a vigilância e a redução da morbimortalidade infantil no Brasil. Destaca-se ainda, que no Brasil, as políticas de austeridade e a pandemia de COVID-19 impactaram de forma especial as populações vulneráveis, reforçando a necessidade da manutenção das políticas públicas de proteção à vida e de qualificação da assistência à saúde infantil.
PALAVRAS-CHAVE: Políticas; Saúde Pública; Criança; Brasil.

COMPREHENSIVE CHILD CARE: PROTECTION AND HUMANIZATION POLICIES THAT GUIDE NURSING CARE

ABSTRACT: Brazil considers the reduction of infant mortality as a priority issue of Public Health. Thus, several public policies have been guiding the achievement of comprehensive child health care. In this context, humanization policies are important instruments for qualifying care and health, guiding nursing actions and actions for child health care. This chapter aims to discuss, as public policies, protection and humanization that guide nursing actions from prenatal care to monitoring the child's growth and development. From the year 2000, important advances were achieved with the institution of the Program for Humanization in Prenatal and Birth, within the scope of the Unified Health System. Advances were growing with the creation of the National Humanization Policy in 2003 and throughout years, with the adoption of Rede Cegonha's strategy, guaranteeing women humanized care during pregnancy, childbirth and the puerperium, and children the right to a safe birth and healthy growth and development. The Kangaroo Method, as an important model of perinatal care ensuring humanized care for low birth weight newborns. In addition to strengthening health promotion actions, disease prevention, immunization and monitoring of child growth and development, as priority actions of the National Policy for Comprehensive Child Health Care and the National Policy for Primary Care. It is concluded that protection and humanization policies are fundamental to guide nursing actions and contribute to the reduction and monitoring of child morbidity and mortality in Brazil. It is noteworthy that austerity policies and the COVID-19 pandemic experienced in Brazil, bringing social impacts on vulnerable populations, reinforce the need to maintain public policies to protect children's life and health.
KEYWORDS: Policy; Public Health; Child; Brazil.

A fase atual do ordenamento jurídico, denominada de proteção integral, no que tange as crianças e adolescentes, traduz a necessidade de garantia dos seus direitos fundamentais de forma mais ampla possível, dentre eles, o de garantia à saúde (BRASIL,

1990). O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), lei nº 8.069/1990, editado em tal contexto, destinou de forma inédita, um título específico aos direitos fundamentais (título II), atentando-se ao fato de que as crianças estão em estágio de desenvolvimento, o que exige uma proteção especial da família, do Estado e da sociedade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010). O ECA trouxe avanços significativos, colocando a criança como sujeito de direitos e com garantias fundamentais que devem ser respeitadas, especialmente no que diz respeito à vida e à saúde (BRASIL, 1990). Após o ECA, as crianças passaram a gozar de amplos direitos de proteção física e psicológica, lazer e bem-estar (BRASIL, 1990).

No Brasil, as políticas públicas de atenção à saúde da criança têm, como eixo prioritário, a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d). Nesta conjuntura, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituída pela Portaria 569, de 1º de junho de 2000, foi fundamental para a qualificação da assistência pré-natal e perinatal, além de ter norteado outras estratégias que asseguraram a melhoria dos indicadores de morbimortalidade infantil, especialmente nos seus componentes neonatal precoce (de 0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) no Brasil (BRASIL, 2000). Além disso, o PHPN reorganizou as ações de assistências à saúde da criança por meio da adoção de práticas seguras, saudáveis e reconhecidas pelos seus benefícios (BRASIL, 2000). Como resultado, a taxa de mortalidade infantil no Brasil, reduziu de 17,2 em 2010, para 11,5 por mil nascidos vivos em 2020 (IBGE, 2020).

Além da PHPN, vale destacar a Rede Cegonha, que qualificou a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo à gestante o acesso aos exames pré-natal de risco habitual e de alto risco, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), dentre elas, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e as hepatites (BRASIL, 2011). Além das IST, a Rede Cegonha prevê o transporte, a garantia de referência e de acesso da gestante a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Estas estratégias, que compõe os eixos norteadores da Rede Cegonha, têm o objetivo de qualificar a assistência pré-natal e reduzir a taxa de mortalidade infantil, especialmente a neonatal precoce e a neonatal tardia, por concentrarem a maior proporção de óbitos infantis (BRASIL, 2011b). Em 2010, no Brasil, o período neonatal concentrou 69% dos óbitos infantis, sendo as principais causas de óbitos no período, a prematuridade, o baixo peso (especialmente no primeiro dia de vida), asfixia e infecções perinatais (BRASIL, 2011b). A maioria dos óbitos infantis que ocorrem no período neonatal poderia ser evitada a partir da assistência adequada ao pré-natal, parto e ao RN nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, a Rede Cegonha, além de qualificar a assistência pré-natal a partir da adoção de estratégias humanizadas, resolutivas e que garantem o acesso das gestantes à rede materna e infantil de forma segura, garante também a assistência adequada ao

nascimento e assistência ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011a). Durante o pré-natal, desde a primeira consulta da gestante na Atenção Básica (BRASIL, 2004e; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010), o enfermeiro deverá acolher e estabelecer com a gestante, um canal de comunicação efetivo, adotando o vocabulário adequado ao entendimento e ao grau de instrução da gestante, oportunizando-a expor suas queixas, anseios e expectativas (BRASIL, 2005). Além do pré-natal individual, os grupos de gestantes, por exemplo, aplicam o princípio da participação coletiva na produção da saúde e podem ser adotados pelo enfermeiro como estratégia de ação educativa (ALVES *et al.*; 2019). Ainda no contexto da Atenção Básica, o enfermeiro poderá identificar e estabelecer estratégias de busca ativa, no território de abrangência do Centro de Saúde, daquelas gestantes que descontinuaram o acompanhamento pré-natal. Além desta vigilância, o enfermeiro poderá estabelecer indicadores, dentre eles, a porcentagem de gestantes com todo os exames preconizados e a porcentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal antes da 12° semana de gestação (BRASIL, 2011). Estes indicadores podem ser acompanhados no contexto da AB e, por meio deles, o enfermeiro pode estabelecer as estratégias mais adequadas para a melhoria dos indicadores de qualidade do pré-natal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê, ainda, a assistência adequada ao nascimento e assistência ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011). Para o RN a termo, com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, são recomendadas ações humanizadas conforme a Portaria 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS (BRASIL, 2014). Logo após o nascimento, o enfermeiro deverá posicionar o RN de bruços, com a pele do RN em contato com a pele do tórax ou abdome da mãe (BRASIL, 2014). Essa prática apresenta inúmeros benefícios, dentre eles, promove o contraste térmico e a adaptação do RN ao ambiente extra uterino, favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o RN, além de estimular a amamentação na primeira hora de vida do RN (BRASIL, 2014).

Além do contato pele a pele, o enfermeiro poderá assegurar a amamentação, garantindo a permanência da mãe com o RN no Alojamento Conjunto (AC) das maternidades ou Casas de Partos, conforme a Portaria 1016, de 6 de agosto de 1993, que estabelece as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto (BRASIL, 1993). Ademais, sendo o incentivo à amamentação uma das estratégias prioritárias da PHPN e, também, da Rede Cegonha (BRASIL, 2000). A amamentação, a longo prazo, previne as infecções, especialmente as infecções do trato respiratório inferior, sendo esta a principal causa de óbito infantil pós-neonatal no Brasil, no período de 1990 a 2015 (FRANÇA *et al.*, 2017). Portanto, é fundamental que o enfermeiro encoraje e ofereça suporte emocional à mulher, encorajando a manutenção da amamentação em livre demanda e de forma exclusiva, até o sexto mês de vida do bebê (BRASIL, 2013).

A partir do sexto mês de vida da criança, o enfermeiro poderá orientar a introdução progressiva de alimentos saudáveis, sendo a amamentação mantida, de forma

complementar, até os dois anos de vida da criança, conforme orienta a Estratégia Amamento e Alimento Brasil (BRASIL, 2013). Nesta estratégia, o enfermeiro poderá atuar como tutor, desenvolvendo e acompanhando as oficinas de aleitamento materno na Atenção Básica, divulgando e qualificando as equipes da Estratégia Saúde da Família quanto ao benefício da amamentação (BRASIL, 2013).

Vale destacar, além da assistência adequada ao nascimento e ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida, a Rede Cegonha prevê a assistência humanizada ao RN grave (BRASIL, 2011a). Considerando que, ao nascimento, um em cada dez RN necessita de ventilação por pressão positiva para iniciarem ou manterem os movimentos respiratórios, sendo a asfixia a segunda principal causa de óbito no período neonatal precoce no período de 2000 a 2010 no Brasil, é fundamental que o enfermeiro recrute tanto recursos materiais quanto técnico-cientifico, para a atenção ao RN que se encontre nessa situação (BRASIL, 2011a). Neste contexto, a atenção de enfermagem ao RN grave ou potencialmente grave deve ser realizada conforme estabelece a Portaria 371, de 7 de maio de 2014 (BRASIL, 2014) e a garantia da continuidade do cuidado em Unidade Terapia Intensiva Neonatal conforme prevê a Portaria 930, de 10 de maio de 2012, que define a organização para Atenção Integral e Humanizada ao RN e os critérios para classificação e habilitação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) (BRASIL, 2012b).

Assim como o RN grave ou potencialmente grave, o RN baixo peso também precisa de assistência de qualidade e humanizada, conforme prevê a Portaria 1683, de 12 de julho de 2007, que estabeleceu, no âmbito dos SUS, o Método Canguru (BRASIL, 2007). O método Canguru é um modelo de assistência que tem como principal objetivo garantir a atenção humanizada ao RN baixo peso e à sua família (BRASIL, 2013). A atenção de enfermagem ao RN baixo peso visa, principalmente, reduzir o tempo de separação entre a mãe e o RN, promover o aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo mãe e o RN, reduzindo tanto, o tempo de internação do RN quanto as infecções; Além disso, o Método Canguru propõe estratégias para a redução do stress, da dor, além de favorecer o controle térmico do RN (BRASIL, 2013).

Para que a atenção de enfermagem ao RN baixo peso seja efetiva é necessário que o enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional da Unidade de Terapia neonatal (UTI Neo), estabeleça rotinas e protocolos que assegurem o livre acesso dos pais, incentivando-os a participarem da rotina desenvolvidas com o RN (GAÍVA; SCOCI; SILVAN, 2005). Além disso, o enfermeiro poderá desenvolver estratégias de atenção humanizada que assegurem o adequado desenvolvimento neuropsicomotor e psicognitivo do RN, reduzindo o stress, a dor e o tempo de separação da mãe (BRASIL, 2013). O controle da iluminosidade, a redução dos ruídos, a nutrição dos estímulos táticos em horários pré-definidos, assegurando a realização de procedimentos em determinados horários, a fim de assegurar o horário de sono e repouso do RN, e a adoção de estratégias não farmacológicas para o conforto do RN como a contenção facilitada e solução glicosada,

são exemplos de estratégias humanizadas de assistências ao RN que asseguram o seu adequado desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Em todas as etapas do Método Canguru, o enfermeiro poderá auxiliar a mãe ou o familiar a manterem o RN na posição canguru (BRASIL, 2017). Para isso, o enfermeiro poderá recorrer à rede de apoio da família, como amigos e outras mães, a fim de assegurar que o RN permaneça o maior tempo possível na posição Canguru No ambulatório, após a alta do RN, o enfermeiro deverá dar continuidade à atenção humanizada ao binômio mãe-bebê, avaliando o desenvolvimento psicomotor, psicoafetivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação quanto ao aleitamento materno, além de orientar ações de prevenção à saúde e promoção de agravos (BRASIL, 2017).

A atenção integral à saúde do RN termo, baixo peso ou que tenha recebido assistência em UTINeo, deverá ser mantido e assegurado, mesmo após a alta hospitalar. A continuidade da assistência na Atenção Básica é fundamental para a vinculação do RN e da família à sua equipe de referência, responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo essas, ações prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Rede Cegonha (BRASIL, 2015a). Além disso, é fundamental que o enfermeiro considere as condições de vida e o contexto familiar desta criança ao traçar estratégias de cuidado no contexto da Atenção Básica. Fatores como a desnutrição, diarreia e ausência de aleitamento materno exclusivo, associados aos determinantes sociais, como renda familiar, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, acesso e assistência nos serviços de saúde, podem comprometer a assistência à criança e à sua família, tornando-as vulneráveis aos agravos que comprometem o seu pleno desenvolvimento (ALVES; COELHO, 2021).

Neste sentido, considerando o contexto social e familiar, é imprescindível que o enfermeiro oriente e apoie a família na formação de parcerias com associações comunitárias, movimentos sociais e na integração aos conselhos locais de saúde, a fim de reivindicarem o direito constitucional à saúde em todas as instâncias. Ademais, o enfermeiro deverá elaborar estratégias de cuidado e plano terapêuticos que consideram os recursos e os equipamentos do território da família (BRASIL, 2009).

Conclui-se que, para que a atenção à saúde da criança seja humanizada garantindo a melhoria das taxas de morbimortalidade infantil, são necessárias ações que qualifiquem a assistência ao pré-natal, parto, nascimento, e assistência ao RN nas primeiras horas de vida. Ademais, o Brasil, tem alcançado as metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) de redução de mortalidade na infância desde 2010 (MARINHO *et al.*, 2020). Contudo, desafios vivenciados como cortes de gastos públicos com as políticas de austeridade (MARINHO *et al.*, 2020), paralelamente ao contexto da pandemia de COVID-19 e seus impactos sociais em populações vulneráveis (MATT*A et al.*, 2020), reforçam na necessidade da manutenção das políticas públicas de proteção à vida e da saúde infantil

(MARINHO *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS

ALVES, T.F.; COELHO, A.B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1259-1264, 2021.

ALVES, F.L.C. et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DF: Poder Legislativo [1990]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 05 de set. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Brasília: DF: Poder Legislativo. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm>. Acesso em 05 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d, 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e no Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. DOU: Brasília, DF, 25 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. p.165- 181, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual téCnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°371 de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada do RN no SUS. DOU: Brasília, DF, 7 de maio de 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°1016 de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas para a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. DOU: Brasília, DF, 27 de agosto de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leito na Unidade Neonatal. DOU: Brasília, DF, 11 de maio de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: manual técnico. 2.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°1130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. DOU: Brasília, DF, 6 de agosto de 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Sificilis 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°1683 de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo a Norma de Orientação para a implementação do Método Canguru. DOU: Brasília, DF, 13 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido. Método Canguru: Manual Técnico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília. MS, 2009. 40p.

CARVALHO I.C.B.M. et al. Adaptation and validation of the World Health Organization's on Safe Childbirth Checklist for the Brazilian context. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 18 (2). Apr-Jun 2018. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.20, supl.1, p. 46-60, Maio 2017. https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. https://www.ibge.gov.br/indicadores.html. 2021.

MARINHO, C.S.R. et al. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2020.

MATTA, G.C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0.

ZAMPIERI, M.F.M; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. 359-367, 2010.

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 06/09/2021

Karoline de Souza Oliveira
Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/5553224514449755

Samara Atanielly Rocha
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna-FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/4774980151875848

Kelvyn Mateus Dantas Prates
Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/4119175241776030

Ana Clara Rodrigues Barbosa
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna-FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/1407912235778615

Natiele Costa Oliveira
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna-FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/3914358706050825

Bianca Lima Durães
Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/6094534516730874

Nayara Cardoso Ruas
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna-FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/1591174163496056

Simone Ferreira Lima Prates
Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/5287324691556199

Priscila Antunes Oliveira
Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE
Montes Claros-MG
https://orcid.org/0000-0002-7267-8473

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo identificar como os enfermeiros atuantes na atenção primária lidam na prevenção do câncer do colo uterino e de mama. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir das bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e Lilacs (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), foram identificados inicialmente 32 artigos e destes 08 foram selecionados. Resultados: Os enfermeiros da atenção primária têm papel importante na prevenção dos cânceres citados neste resumo. Cabe ao mesmo, ações educativas, realização do exame clínico das mamas e o colpocitológico nas mulheres que se enquadram nos critérios do Ministério da Saúde, identificação e acolhimento

da sua população feminina, interpretar resultados dos exames das pacientes e comunicação efetiva com a equipe. Conclusão: Salienta-se que, esse profissional está inserido em todos os âmbitos da saúde feminina além de ter competência científica e técnica para identificar e prestar assistência integral à mulher. É necessário que o enfermeiro intensifique ações e estratégias com o intuito de prevenir e informar as mulheres sobre os cânceres de mama e colo uterino.
PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias de Colo, Neoplasias da Mama, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher.

PRACTICE OF PRIMARY CARE NURSES IN THE PREVENTION OF BREAST AND CERVICAL CANCER

ABSTRACT: This study aims to identify how nurses working in primary care deal with the prevention of cervical and breast cancer. Methods: This is an integrative literature review based on Scielo (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) and Lilacs (Latin American and Caribbean Science Information Center) databases of Health), 32 articles were initially identified and from these, 08 were selected. Results: Primary care nurses play an important role in preventing the cancers mentioned in this summary. It is up to the same, educational actions, performing clinical breast exams and colpocytology in women who meet the criteria of the Ministry of Health, identifying and welcoming its female population, interpreting the results of the patients' exams and effective communication with the team. Conclusion: It is noteworthy that this professional is inserted in all spheres of female health in addition to having scientific and technical competence to identify and provide comprehensive care to women. It is necessary for nurses to intensify actions and strategies in order to prevent and inform women about breast and cervical cancer.
KEYWORDS: Cervical Neoplasms, Breast Neoplasms, Primary Health Care, Women's Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados de 2021 do INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer de mama e o câncer de colo uterino estão entre os três principais tipos de cânceres que mais incidem na população feminina do Brasil. O INCA (2021) define o câncer de mama como um crescimento desordenado de células anormais capazes de formarem tumores do qual não afeta apenas mulheres mas em casos raros também atinge a população masculina.

Sobre o câncer de colo uterino, o INCA (2021) expõe que o mesmo, é uma doença de desenvolvimento lento causado pelas constantes infecções de alguns tipos de HPV (Human papilomavirus). Além disso, o instituto também nos informa que a infecção por esse grupo de vírus é muito frequente, entretanto, na maioria dos casos, não causam doença. Porém, alterações celulares podem fazer com que essas infecções evoluam para uma neoplasia.

Estatísticas mostram que até 2030 cerca de 26 milhões de novos cânceres serão

diagnosticados no mundo (Telarolli Junior e Loffredo, 2015). No Brasil, segundo o INCA em 2020 foram diagnosticados 66.280 novos casos de câncer de mama e 16.710 de colo do útero como localização primária em mulheres, sendo o de mama a primeira causa representando 29,7% e colo do útero como terceira causa com 7,9%. Já em relação às taxas de óbitos, ambos os tipos de câncer estavam entre as quatro principais causas de morte entre mulheres portadoras de neoplasias (INCA, 2021).

Pensando nos casos de câncer no Brasil, foi criada a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sabendo que o câncer é um problema de saúde pública, essa política veio para reduzir as taxas de mortalidade e incapacidades provenientes da patologia. Além de melhorar a qualidade de vida dos usuários, diminuir a incidência de algumas neoplasias por meio da promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Além disso, ocorre uma integração destes serviços como a Atenção Primária à Saúde (APS), que é o local onde a população tem o primeiro contato com o sistema de saúde, por meio das Estratégias de Saúde da Família (ESF) que realizam ações com foco no indivíduo e na comunidade em relação a diversas patologias, e se tratando do câncer realizam ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2016).

De acordo com Sá (2015) o enfermeiro integrante desta equipe tem um papel importante no desenvolvimento das políticas de saúde, além de ser o coordenador e líder da equipe na maioria das ESF's. Sabendo do impacto do câncer de mama e colo do útero na saúde pública, o estudo buscou identificar como os enfermeiros atuantes na atenção primária lidam na prevenção do câncer do colo uterino e de mama.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir das seguintes bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e Lilacs (*Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde*), foram utilizadas combinações das seguintes palavras chaves Neoplasias de Colo, Neoplasias da Mama, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, as mesmas foram identificadas através do Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Como forma de nortear a leitura e a seleção dos artigos identificados nas bases de dados os autores questionaram qual a atuação do enfermeiro na prevenção diante essas patologias?

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados em periódicos científicos disponíveis na íntegra, com acesso gratuito e que respondessem à pergunta norteadora, estudos disponíveis em inglês e português publicados entre 2016 e 2021. Já os critérios de exclusão foram monografias, teses, dissertações, trabalhos de

conclusão de curso e aqueles que fugiam da temática proposta. Após pesquisa nas bases de dados foram identificados inicialmente 32 artigos e destes 08 foram selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi constituída por 8 artigos científicos, oriundos de estudos brasileiros.

Nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, as características dos estudos científicos estão representados na tabela 1, onde foram listados alguns dados dos mesmos.

Título	Revista	Ano
Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental	2019
Rastreamento das atipias celulares de colo de útero em mulheres na Atenção Primária	Revista Brasileira de Enfermagem	2020
Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama	Revista Brasileira de Enfermagem	2019
Educação participativa com enfermeiros: potencialidades e vulnerabilidades no rastreamento do câncer de mama e colo	Revista Brasileira de Enfermagem	2020
Rastreamento do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão sistemática	Revista Brasileira de Enfermagem	2021
Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2016

Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mam	Escola Anna Nerry	2020
Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama	Acta Paulista de Enfermagem	2017

Tabela 1 - Título, ano e revista de publicação dos artigos selecionados

O enfermeiro tem um importante papel na APS em relação a prevenção e rastreamento dos cânceres de mama e colo uterino, uma dessas ações exercidas pelo enfermeiro é a realização sistemática e com periodicidade dos exames em mulheres assintomáticas e sintomáticas da sua área de abrangência. Além da detecção precoce dos sinais e sintomas do câncer ainda em estágio inicial (NOGUEIRA *et al.,* 2019).

A promoção à saúde realizada na Atenção Primária pelo enfermeiro acontece através de estratégias e ações para ampliar o acesso e a qualidade de vida da população. Além disso, ressalta-se que o treinamento dos agentes comunitários de saúde é essencial visto que os mesmos têm um contato direto com as mulheres em suas casas, além de contribuírem com a busca ativa dessas pacientes (SALA *et al.*, 2020).

O controle das mulheres com idade para a realização do rastreamento do câncer de mama deve ser realizado pelo enfermeiro com a finalidade de identificar quais mulheres já possuem idade para a realização do mesmo e qual a próxima data para dar continuidade no acompanhamento, além de facilitar a busca ativa das faltosas (FERREIRA, 2020).

Segundo Kurebayashi, Barbieri e Gabrielloni (2020), cerca de 61,1% dos exames de Papanicolau dos prontuários analisados em seu estudo foram realizados por enfermeiros. Dessa forma, podemos observar o quanto esse profissional está inteiramente ligado no processo de prevenção e detecção do câncer de colo uterino. Além da assistência interferir diretamente na sua eficácia, na capacidade resolutiva e no uso adequado dos recursos que são destinados aos serviços de saúde.

O estudo de Moraes (2016), observou uma lacuna quando se diz respeito aos conhecimentos das ações necessárias sobre o rastreamento do câncer de mama por parte dos enfermeiros das Atenção Primária. O estudo correlacionou essa deficiência devido a priorização das mulheres que se apresentam na fase gravídica puerperal.

Em contrapartida, a pesquisa demonstrou que os profissionais têm o conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer mamário e as ações necessárias para a identificação desses fatores, que são cruciais para a priorização no rastreamento ou na detecção da doença (Moraes *et al.,* 2016). Melo *et al.* (2017) também constatou que grande parte dos enfermeiros reconhecem os fatores de risco para o câncer de mama e a

importância da identificação dessas mulheres.

Além disso, o estudo de Moraes *et al.* (2016) mostrou que os enfermeiros acompanhavam suas pacientes de alto risco conforme preconização do Ministério da Saúde (2011) com retornos entre seis meses a um ano, por outro lado muitos desconhecem essa periodicidade.

Uma das ações realizadas pelo enfermeiro da ESF foi a avaliação do exame clínico das mamas conforme recomendações do Ministério da Saúde (2013) como em mulheres a partir dos 40 anos de idade e aquelas a partir dos 35 anos que se enquadrem com um risco mais elevado para o desenvolvimento da doença. Em relação às ações realizadas pelo enfermeiro, as reuniões educativas de forma individualizada estavam presentes durante as consultas de enfermagem (MELO *et al.,* 2017)

Por fim, Melo *et al.* (2017) e Moraes *et al.* (2016) relatam a importância de ações e investimento dos profissionais em relação ao câncer de mama, além da avaliação contínua das ações realizadas nas ESF's. Além da educação permanente para a qualificar a atuação do enfermeiro na Atenção Primária.

Segundo Teixeira (2017), o número de enfermeiros que realizavam atividades educativas para a população sobre o câncer de mama era superior quando esse profissional recebeu algum tipo de capacitação, achado que corrobora com os estudos de Melo *et al.* (2017) e Moraes *et al.* (2016), sobre a importância da capacitação e da educação permanente desses profissionais.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros da Atenção Primária têm papel importante na prevenção dos cânceres citados. Através de ações educativas, do exame clínico das mamas e o colpocitológico nas mulheres que se enquadram nos critérios do Ministério da Saúde, além da identificação e acolhimento da sua população, cabe ainda interpretar resultados dos exames das pacientes e estabelecer uma comunicação efetiva com a equipe. Salienta-se que, esse profissional está inserido em todos os âmbitos da saúde feminina além de ter competência científica e técnica para identificar e prestar assistência integral à mulher. É necessário que o enfermeiro intensifique ações e estratégias com o intuito de prevenir e informar as mulheres sobre os cânceres de mama e colo uterino.

Ressalta-se ainda a importância desses profissionais se manterem atualizados para seguirem as boas práticas e os protocolos preconizados. Assim, torna-se necessário maiores investimentos em capacitações, para que a promoção, a prevenção e rastreamento dos cânceres ocorram de forma efetiva.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Ferreira, D. da S. *et al*. **Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama**. Escola Anna Nery [online], v. 24, n. 2, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Incidência de câncer. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer**, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer

Kurebayashi, J. M. Y.; Barbieri, M. e Gabriello, M.C. **Tracking of cellular atypes of the cut of uterus of women in Primary Care** . Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 73, e20190753, suppl 6, 2020.

Melo, F. B. B. *et al*. **Actions of nurses in early detection of breast cancer**. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 70, n. 6, pp. 1119-1128, 2017.

Moraes, D. C. de *et al.* **Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP.** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 201. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], v. 50, n. 1, 2016.

Portal da saúde SUS. **Tipos de câncer: PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Acesso em: Agosto de 2021. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php

Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio de 2013, Seção 1, p. 129-132.

Sá, L. D. *et al*. **Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros**. Rev Bras Enfermagem**,** n. 68, v. 3, p 408-14, 2015.

Sala, D. C. P. *et al.* **Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review.** Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 74, n. 3 , e20200995, 2017.

Sescon N.I. *et al.* **Nurse's Attention in Primary Health Care Towards the Cancer Topic: From Real to Ideal / Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal**. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet], 2020.

Soares, L. S. *et al.* **Participative education with nurses: potentialities and vulnerabilities in the breast and cervical cancer tracking**. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 73, suppl 6 , e20190692, 2020.

Teixeira, Michele de Souza *et al.* A**tuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama**. Acta Paulista de Enfermagem [online], v. 30, n. 1 , p. 1-7, 2017.

Telarolli Junior R.; Loffredo L.C.M. **Epidemiological characterization of patients ata tuberculosis hospital in the state of São Paulo, Brazil.** Rev Ciênc Farm Básica Apl, n. 31, v. 1, p. 149-152, 2015.

CAPÍTULO 5

AUTOMANEJO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 10/09/2021

David Zepeta Hernández
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0001-8167-977X

Higinio Fernández-Sánchez
Faculty of Nursing, University of Alberta
https://orcid.org/0000-0003-4992-7096

Nazaria Martínez Díaz
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-6705-0171

María del Carmen Santes Bastián
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México. https://orcid.org/0000-0003-3359-8232

Angélica Cruz Mejía
Estudios de Postgrado de Excelencia Académica, Universidad Privada en Puebla de Zaragoza, México
https://orcid.org/0000-0001-5465-1616

Erika Mayte Del Ángel Salazar
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-6660-1939

RESUMEN: OBJETIVO: determinar el nivel de automanejo de la obesidad en personas de una comunidad rural. **MATERIAL Y MÉTODOS:** encuesta transversal aplicada a 30 personas de un centro de salud, que asisten a control periódico con diagnóstico médico mayor de un año. Se aplicó el instrumento de automanejo en padecimientos crónicos Partners in Health Scale con un Alpha de Cronbach de 0.739 integrado por tres dimensiones; conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y manejo de los síntomas. **RESULTADOS:** el automanejo es deficiente con un 76.7%, así como en sus tres dimensiones (60%, 70% y 56.7%) respectivamente. **CONCLUSIONES:** La mayoría de las personas presentan un deficiente automanejo de su obesidad. Es necesario realizar más estudios para intervenir desde un enfoque biopsicosocial para obtener mejores resultados en el manejo de esta enfermedad.
PALABRAS CLAVE*:* Automanejo, obesidad, atención primaria, enfermería.

SELF-MANAGEMENT OF OBESITY IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: OBJECTIVE: determine the level of self-management of obesity in people in a rural community. **MATERIAL AND METHODS:** cross-sectional survey applied to 30 people from a health center, who attend periodic monitoring with a medical diagnosis of more than one year. The partners in Health Scale self-management instrument was applied to chronic conditions with a Cronbach's Alpha of 0.739 composed of three dimensions; knowledge of the disease, adherence to treatment and management of symptoms**.**

RESULTS*:* self-management is deficient with 76.7%, as well as in its three dimensions (60%, 70% and 56.7%) respectively**. CONCLUSIONS***:* Most people have poor self-management of their obesity. It is necessary to carry out more studies to intervene from a biopsychosocial approach to obtain better results in the management of this disease.
KEYWORDS: Self-management, obesity, primary care, nursing.

AUTOGESTÃO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO: OBJETIVO: determinar o nível de autogestão da obesidade em pessoas de uma comunidade rural. **MATERIAL E MÉTODOS:** levantamento transversal aplicado a 30 pessoas de um centro de saúde, que atendem ao monitoramento periódico com diagnóstico médico de mais de um ano. Os parceiros no instrumento de autogestão em Escala de Saúde foram aplicados a condições crônicas com um Alfa de Cronbach de 0,739 composto por três dimensões; conhecimento da doença, adesão ao tratamento e manejo dos sintomas. **RESULTADOS:** a autogestão é deficiente com 76,7%, bem como em suas três dimensões (60%, 70% e 56,7%), respectivamente. **CONCLUSÕES:** A maioria das pessoas tem má autogestão de sua obesidade. É necessário realizar mais estudos para intervir a partir de uma abordagem biopsicossocial para obter melhores resultados no manejo dessa doença.
PALAVRAS-CHAVE - autogestão, obesidade, cuidados primários, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo (SS [Secretaria de Salud], 1998) y es un problema de salud pública reconocido en el mundo y en México, debido a su magnitud y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población, incrementando significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (SS, 2015).

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales), enfermedades osteoarticulares, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y colon, entre otras enfermedades (ASTRUP, et al., 2008; CLARK, 2000); además, la obesidad es causa de estigma social (Lewis, et al., 2011; Silorski et al., 2011).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (RUÍZ, et al., 2019) en el 2016, la prevalencia de obesidad en la población adulta (mayores de 18 años) alcanzó los 650 millones de personas, mientras que en niños y adolescentes (5 a 19 años) más de 124 millones la padecían (un 6% de las niñas y un 8% de los niños). En América Latina, México se posiciona dentro de los primeros cinco países con mayor prevalencia de obesidad en todos los grupos de edad y género, con una prevalencia en adultos (mayores de 20 años) de 20,6% en hombres y 32,7% en mujeres, y en menores de 20 años de 10,5% en niños y 9,8% en niñas.

En México, durante el año 2016, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores

de cinco años fue de 6.1%, en escolares de 33.2%, en adolescentes de 33.6% y en los adultos 72.5%. Estas prevalencias representan una carga muy significativa para el sector salud y para los mexicanos que la padecen porque impactan negativamente la morbilidad, la mortalidad y la economía (SHAMAH, et al., 2019). Anualmente mueren 2,8 millones de personas en el mundo a causa del sobrepeso y obesidad, principalmente por las patologías derivadas o que acompañan a esta (JARAMILLO, et al., 2017).

Ante esta situación de salud pública, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda emplear estrategias de prevención integral y de control, centrándose en factores de riesgos (OPS, 2013) sustentados en el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) desarrollado por Wagner, Bodenheimer & Grumbach (2002) para el manejo eficiente de las enfermedades crónicas, ya que centra la relación de un paciente activado con un equipo de atención proactivo y preparado. De acuerdo con este modelo, el manejo de las enfermedades crónicas no trasmisibles es más eficaz cuando los pacientes y los trabajadores de la salud se asocian y ambos son expertos en sus propios dominios (OPS, 2013).

Un elemento clave del MCC es el apoyo al automanejo, que es el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de un personal de la salud, a fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluidos la evaluación regular del progreso, el establecimiento de metas y el apoyo a la solución de problemas; estrategia que propone que el usuario tome un rol activo de su enfermedad (OPS, 2013).

Barlow, Wright, & Sheasby en el 2002, definen al automanejo como la capacidad de una persona para controlar los síntomas y consecuencias de vivir con una enfermedad crónica, incluyendo el tratamiento, la dimensión social y cambios en el estilo de vida. Para Loring y Holman (2003) el automanejo es una tarea para toda la vida para mantenerse bien psicológica y físicamente.

Para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, el Índice de Masa Corporal (IMC) o de Quetelet es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para diagnosticar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Éste se establece por el peso en kg, entre el cuadrado de la talla en metros. Describe el peso relativo para la talla y se correlaciona de manera significativa con el contenido de grasa corporal total (WANG, et al., 1995).

La clasificación del IMC según la OMS (2016) es la siguiente: Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y las características del entorno, con influencia de diversos

determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. Este fenómeno, tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (OMS, 2000).

La causa fundamental del sobrepeso y obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas. En el mundo, prevalece un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como un descenso en la actividad física, como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (OMS, 2016).

La transición nutricional que experimenta el país tiene como características una occidentalización de la dieta, específicamente: 1) aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasa, azúcar y sal; 2) aumento en el consumo de comida rápida; 3) disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en casa; 4) aumento de forma importante a la exposición de publicidad y oferta de alimentos industrializados y 5) disminución importante de la actividad física (SS, 2010).

El análisis de la composición corporal representa el eje central para la valoración del estado nutricional, la vigilancia de los pacientes con malnutrición y, sobre todo, el diagnóstico y la tipificación del riesgo asociado con la obesidad. La evaluación de la composición corporal es la suma de la Masa Corporal Grasa (MCG) y la Masa Corporal Activa (MCA), en relación con la Masa Corporal o peso total corporal (MC). La masa corporal grasa es la cantidad absoluta de grasa en el cuerpo. La masa corporal activa representa la masa de todo tejido corporal, libre de la grasa almacenada (músculos, huesos, envolturas de fibras musculares), por tanto: MC = MCG + MCA. (MORÍN, et al., 2005)

De manera general, para el tratamiento de la obesidad se han recomendado los siguientes aspectos: a) Cambios en el estilo de vida, es decir: realizar una dieta hipocalórica fraccionada (cuatro a cinco tiempos de comida al día, si se adapta a la actividad laboral del paciente), que le hará perder 0.23 a 0.45 kg por semana, e incrementar la actividad física (se aconseja realizar ejercicio constante, sistemático, regular y aeróbico, en un promedio de 150 minutos por semana, en tres etapas de cinco a diez minutos de calentamiento, 20 a 30 minutos de ejercicio aeróbico máximo, y 5 a 10 minutos de relajación), con lo que logrará un acondicionamiento general en cuatro a seis semanas, y disminuirá su peso corporal entre dos a seis meses, b) Tratamiento psicológico de la obesidad, principalmente cuando tiene alguna enfermedad concomitante, c) Tratamiento farmacológico y d) Tratamiento quirúrgico (LUCKIE, et al., 2009).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en una localidad rural del Municipio de Papantla, Veracruz, México. Se realizó una encuesta a 30 personas mayores de 18 años con diagnóstico de obesidad que asisten a su control periódico al Centro de Salud Rural adscrito a la misma localidad, con diagnostico medico mayor a un año.

La encuesta incluye las variables de edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, tiempo con la enfermedad, antecedentes heredofamiliares, talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y glicemia capilar. El instrumento utilizado para valorar el automanejo de la diabetes fue la escala de automanejo en padecimientos crónicos *"The Partners in Health Scale"* (*PIH*) adaptado al contexto mexicano por Peñarrieta-De Córdova et al. en el 2014. Presenta un Alpha de Cronbach de 0.739 identificando tres dimensiones: conocimientos de la enfermedad (1, 2), adherencia al tratamiento (3, 4, 5, 6, y 7) y manejo de los síntomas (8,9 y10). Las respuestas de los 10 ítems del instrumento son en escala de 0 a 8 puntos, donde más cerca a cero es menor automanejo y más cerca de 8 es mayor automanejo.

Para la interpretación de los resultados del automanejo se realiza una sumatoria de todos los ítems, obteniendo los siguientes puntos de corte: 1) para el índice general: bueno de 75 a 80; regular de 54-74 y deficiente 0-53; 2) Para la dimensión de conocimiento de la enfermedad: bueno de 14-16; regular de 8-13; deficiente de 0-7; 3) para la dimensión de manejo de los síntomas: bueno de 23-24; regular de 17-22 y deficiente de 0-16; 4) para la dimensión de adherencia al tratamiento: bueno de 39-40; regular de 28-38 y deficiente de 0-27 .

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 aplicando estadística descriptiva. El estudio fue realizado previa firma del consentimiento informado de cada participante y se contó con la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería campus Poza Rica de la Universidad Veracruzana.

RESULTADOS

El 80.6% (26) de los participantes son mujeres y el 13.3% (4) hombres, con edades de 20 a 50 años y media de 34.2 años (DE= ±9.0), con tiempo de padecer la obesidad de 1 a 22 años y media de 8.4 años (DE= ± 6.1). Con respecto al estado civil el 50% (15) son casadas(os), el 23.3% (7) son concubinas(os) y el 26.7% (8) es soltera(o). La escolaridad de los participantes muestra que el 36.7% (11) estudio la primaria, el 33.3% (10) la preparatoria, el 26% (8) la secundaria y solo el 3.3% (1) tiene estudios universitarios.

Respecto al factor heredofamiliar de la enfermedad, el 63.3% (19) tiene o tuvo familiares con obesidad, mientras que el 36.7% (11) no lo presenta. Referente a la ocupación de los participantes, el 60% (19) se dedica a labores del hogar, el 20% (6) es obrero(a), el 6.7% (2) es estudiante, el 6.7% (2) es albañil, el 3.3% (1) es velador, y el 3.3% (1) es estilista.

En cuanto al grado de obesidad, el 50% (15) presenta obesidad tipo 1, el 26.7 % (8) obesidad tipo 2 y el 23.3% (7) obesidad tipo 3. En relación con el nivel de glucosa capilar se encontró que el 23.3 % (7) presentan un descontrol glucémico (cuadro I).

Valores de referencia		Frecuencia	Porcentaje
30-34.9 IMC	Obesidad tipo I	15	50.0
35-39.9 IMC	Obesidad tipo II	8	26.7
> 40 IMC	Obesidad tipo III	7	23.3
70-120 mg/dl	Control glucémico	23	76.7
> 121 mg/dl	Descontrol glucémico	7	23.3

Cuadro I. Índice de masa corporal y glucosa capilar de los participantes

Con respecto al nivel de automanejo, se encontró que el 60% refiere un conocimiento deficiente de la enfermedad con un puntaje medio de 6.13 (DE= ±3.7). En relación con la adherencia terapéutica, el 70% menciona una adherencia deficiente con una media de 22.6 (DE= ±8.8). En la dimensión de manejo de los síntomas de la enfermedad, el 56.7% menciona un manejo deficiente con una media de 14.8 (DE= ±5.7), el 40% un manejo regular y solo el 3.3% (1) refiere un buen manejo de los síntomas. En relación con el nivel de automanejo general, el 76.7% refiere un automanejo deficiente con un puntaje general medio de 43.5 con una DE = ± 15.7 (Cuadro II).

Índice	Automanejo (%)			Total (%)	Rangos de puntuación	Puntuación media	DE
	Bueno	Regular	Deficiente				
Conocimiento de la enfermedad	3.3	36.7	60	100	0-15	6.13	3.7
Adherencia al tratamiento	-	30	70	100	4-38	22.6	8.8
Manejo de signos síntomas	3.3	40	56.7	100	1-24	14.8	5.7
Índice general de automanejo	-	23.3	76.7	100	5-74	43.5	15.7

Cuadro II. Descripción del automanejo en personas con obesidad

CONCLUSIONES

Los resultados muestran de manera objetiva que los participantes con obesidad presentan un nivel de automanejo deficiente por dimensiones y de manera general, resultados semejantes a los encontrados por Peñarrieta-De Córdova et al. (2013, 2014); quien encontró un automanejo deficiente de las personas con diabetes, hipertensión y

cáncer en una población de Perú y México respectivamente, y aunque los estudios no se centraron en la obesidad, estas enfermedades crónicas tienen relación con el fenómeno estudiado.

Por otra parte, estos resultados indican que los participantes no tienen la capacidad para manejar su enfermedad. También muestra que es necesario realizar más estudios para comprender mejor este fenómeno y desarrollar, reorientar y fortalecer los programas destinados a mejorar la salud bajo una perspectiva colaborativa entre los usuarios y los profesionales de la salud que garanticen un mejor automanejo de la obesidad.

REFERENCIAS

ASTRUP A, D.J., et al. (2008). **Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases.** Obes Rev: 9 (Suppl 1): p. 48-52.

BARLOW, J., et al. (2002). **Self-managament approaches for people with chronic conditions: a review. Pattient Educationand Counseling**, 48(2), 177 - 187.

BARRANCO, J. (2002). **Obesidad.** México: McGraw-Hill.

CLARK JM, B.F. (2000). **The challenge of obesity-related chronic diseases.** j Gen Interm Med: 15(11): p. 828-9.

JARAMILLO, L., et al. (2017). **Contexto clínico y genético de la obesidad: un complejo mundo por dilucidar.** Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000100011&script=sci_arttext

LEWIS S, T. S., et al. (2011). **How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study**. Social Science & Medicine, 73(9): p. 1349-56.

LORIG, K. et al. (2003). **Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms.** Annals of Behavioural Medicine. 26, 1, 1-7.

LUCKIE, A., et al. (2009). **Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social.** Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 14(4), 191-201.

MORÍN, R. et al. (2005). **Farmacoterapia de la obesidad.** 1ª ed. México: LitoGrapo; pp. 27-55.

NORMA OFICIAL MEXICANA. (2010). **Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.** Distrito Federal: México.

OPS. (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades cronicas cronicas no transmicibles en las Americas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000). **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Estados Unidos de América: OMS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). **Obesidad y Sobrepeso.** Centro de Prensa. Núm.311. Washington, DC: Estados Unidos de América. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013). **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades cronicas cronicas no transmicibles en las Americas.**Waschinton, DC.

PEÑARRIETA, C.I. et al. (2014). **El automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertension arterial en el primer nivel de atención**. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2014, N.° 3.

PEÑARRIETA-DE CÓRDOVA, M., et al. (2013). **El automanejo de enfermedades cronicas: poblacion de una jurisdiccion de centros de salud.** Rev enferm Herediana. 6(1):42-49.

PEÑARRIETA-DE CÓRDOVA, I., et al. (2014). **Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation.** Journals Nursing Management. Volume 20, Number 10. pp.32-37

RUÍZ, P., et al. (2019). **Historia. tendencias y causas de la obesidad en México.** Volumen 4 Numero 7 pp 737-745. Disponible en: https://www.jonnpr.com/PDF/3054.pdf

SECRETARÍA DE SALUD. (1998). **Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.**

SECRETARÍA DE SALUD. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Distrito Federal: México.

SHAMAH, I., et al. (2019). **Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad.** Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10585

SILORSKI, L.M., et al. (2011). **The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review.** BMC Public Health, 11: p. 661.

WANG, Z.M., et al. (1995). **Systematic organization of body-composition methodology: an overview with emphasis on component-based methods.** The American Journal of Clinical Nutrition, 61, 457-465.

WAGNER, E.H, et al. (2002) **Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model,** part 2. JAMA 2002;288:1909-14.

CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 10/09/2021

Beatriz Rodrigues de Souza Melo
Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos
São Carlos, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/0033841575062011

Maria Angélica Andreotti Diniz
Bacharel em Gerontologia. Doutoranda pelo Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SP) da Universidade de São Paulo (USP)
Ribeirão Preto, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/8507049568896292

Francine Golghetto Casemiro
Bacharel em Gerontologia. Doutoranda pelo Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SP) da Universidade de São Paulo (USP)
Ribeirão Preto, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/9252888119725595

Ariene Angelini dos Santos-Orlandi
Enfermeira, cargo de Professor Adjunto II pelo Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos
São Carlos, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/1334146454214813

Gustavo Carrijo Barbosa
Bacharel em Fisioterapia. Pós-Graduando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos
São Carlos, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3469213150358215

Fabiana de Souza Orlandi
Enfermeira, Professora Adjunto II pelo Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos
São Carlos, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/7395879552721664

Aline Russomano de Gouvêa
Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
Três Lagoas, MS, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3983698431772013

Aline Cristina Martins Gratão
Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Gerontologia e Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. UFSCar
São Carlos, SP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/7873339343111119

RESUMO: Objetivo: Avaliar a capacidade funcional, cognitiva e humor em três diferentes modelos de atenção ao idoso. **Método:** Estudo seccional, comparativo, realizado em 2014 com 140 idosos (37 institucionalizados, 53

hospitalizados e 50 ambulatoriais). Aplicou-se o MEEM, Teste do Desenho do Relógio (TDR), Escala de Atividades de Vida Diária - AVDs (Katz, Lawton) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Resultados:** Dos institucionalizados, a maioria estava totalmente dependente para AVDs e 100% apresentaram declínio cognitivo. No hospital e ambulatório, maioria independente para AVDs, sendo 62,3% e 48% com declínio cognitivo, respectivamente. A minoria apresentou sintomas depressivos. Os resultados indicaram que a idade foi preditor de declínio cognitivo e as chances de prevalência em idosos hospitalizados e ambulatoriais aumentam 8,7 % para cada ano de vida. **Conclusão:** Destaca-se a importância de se dedicar atenção ao desempenho cognitivo e funcional dos idosos objetivando a prevenção do declínio destes, tão frequentes nos serviços públicos de saúde no Brasil.
PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Atividades Cotidianas; Cognição.

COGNITIVE AND FUNCTIONAL ASSESSMENT ABOUT ELDERLY PEOPLE USERS OF HEALTH PUBLIC SERVICE

ABSTRACT: Objective: To evaluate the functional capacity, cognition and mood in three different care models for older adults. **Method:** A cross-sectional study conducted in 2014 with 140 older adults (37 institutionalized, 53 hospitalized and 50 outpatients). The MMSE, Clock Drawing Test (CDT), Activities of Daily Living Scale - ADLs (Katz, Lawton) and the Geriatric Depression Scale (GDS) were applied. **Results:** Of those institutionalized, the majority were totally dependent for ADLs and 100% presented cognitive decline. Of those hospitalized and the outpatients, the majority were independent for ADLs, with 62.3% and 48.0% presenting cognitive decline, respectively. The minority presented depressive symptoms. The results indicated that age was a predictor of cognitive decline and the likelihood of prevalence in hospitalized and outpatient older adults increased by 8.7% for each year of life. **Conclusion:** It is important to pay attention to the cognitive and functional performance of older adults with the aim of preventing their decline, which is so frequent in the public health services in Brazil.
KEYWORDS: Older adult; Daily Activities; Cognition.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, há décadas, tem se tornado uma realidade próxima tanto de países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (THUN *et al.*, 2010).

No Brasil, a redução da taxa de fecundidade tem resultado na diminuição do crescimento da população, e o declínio das taxas de mortalidade infantil e a avanço da expectativa de vida têm favorecido o aumento do contingente populacional de idosos (MENDES *et al.*, 2012).

A pirâmide etária brasileira por muitos anos evidenciou a ascendência de crianças e jovens, apresentando-se com base larga e topo estreito. Atualmente, demonstra características de equilíbrio entre os grupos etários, com a tendência para o alargamento do topo. Paralelo a esta tendência de inversão da pirâmide etária no país, tem-se a mudança do panorama epidemiológico, onde no processo de envelhecimento há necessidade de somar a alta prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, perdas cognitivas,

declínio sensorial, acidentes e isolamento social; fatores estes que causam perdas da capacidade funcional nos idosos, tornando-os dependentes de outros para a prestação dos cuidados diários (MENDES, 2012).

Dependência funcional pode ser definida como a incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma;[4] sendo que as pessoas acometidas por processos incapacitantes são limitadas a desempenharem atividades relacionadas às funções sociais, como as Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), descritas por ações envolvendo a organização da rotina diária (TOMOMITSU *et al.*, 2014).

Como o previsto em lei, as ações de saúde voltadas para o idoso objetivam ao máximo a manutenção da autonomia e independência, porém existem fatores que determinam complicações para o alcance dessas metas, e dentre eles estão em ênfase os problemas de saúde relacionados ao declínio cognitivo no idoso.

O declínio cognitivo consiste em lentidão leve das habilidades mentais, generalizada e perda de precisão, progredindo conforme o avançar da idade, e pode ocorrer associado a várias razões, entre elas, decorrente da demência, de uso de medicação (principalmente benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos), alteração de afeto, em particular a depressão, entre outros (GRATÃO *et al.*, 2013).

A avaliação cognitiva e da capacidade funcional é fundamental, a fim de identificar o destino certo ao idoso, como ser encaminhado para centros especializados onde haja profissionais qualificados em avaliação e reabilitação geriátrica. Várias situações devem ser levadas em consideração quando se avalia esses parâmetros, como o idoso estar hospitalizado, ou vivendo em Instituições de Longa Permanência, ou mesmo em regime ambulatorial, com consequências vivenciadas individualmente.

O suporte à população de idosos ainda representa um desafio para o Sistema de Saúde brasileiro, justificando, também, a necessidade de estudos sobre essa temática, principalmente no que se refere ao conhecimento das necessidades de saúde dessa população. Este contexto tem propiciado um aumento de especialistas em diferentes áreas de atuação profissional, interessados em desenvolver ações relacionadas ao público idoso e, na área da saúde, com foco na preservação da capacidade funcional e cognitiva.

Dessa forma, estudos que abordem esse tema tornam-se essenciais para o subsídio de políticas de saúde voltadas para o idoso. Embora a literatura atual sinalize as múltiplas características dos idosos nos âmbitos institucional, hospitalar, ambulatorial, de forma separada, há ainda necessidade de explorar mais conhecimentos, considerando que tais características podem apresentar contornos diversos segundo as especificidades de cada contexto. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar de forma global as condições de saúde dos idosos com ênfase na capacidade funcional e cognitiva em três diferentes serviços de saúde no município de São Carlos/SP, favorecendo, assim, a

implementação e o aprimoramento do planejamento de ações integrais em saúde para essas pessoas.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, seccional, comparativo e com abordagem quantitativa, para verificação do perfil sociodemográfico e de saúde, de capacidade funcional e cognitiva dos idosos atendidos em três modalidades de serviços de atenção ao idoso no município de São Carlos-SP.

A população-alvo foi constituída pelos idosos com idade de 60 anos ou mais, usuários de três diferentes modalidades de atendimento de saúde pública no município de São Carlos. Os mesmos foram avaliados simultaneamente em três grupos. No primeiro, os idosos foram identificados no atendimento médico na Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, considerada um ambulatório de média complexidade que atende usuários referenciados pela rede pública de saúde de São Carlos e região. O segundo grupo foi composto por idosos atendidos no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, que está integrado à Rede (Unidades de Atenção Básica e Secundária). O terceiro grupo foi representado por idosos da Instituição de Longa Permanência (ILPI) Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta, de caráter filantrópico, situado no meio urbano da cidade de São Carlos, fundado em 1922. Atualmente, a ILPI abriga cerca de 37 idosos.

A amostra total foi constituída por 140 idosos e a análise do poder da amostra, empregando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002, para um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e um tamanho amostral de $n = 140$ revelou um poder estatístico apriorístico de $1- \beta = 99,8$ %.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob o Parecer nº 416.459/2013. Quanto ao procedimento de coleta de dados, após o consentimento dos sujeitos, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se entrevistas individuais com os idosos aplicando-se: Instrumento de caracterização dos idosos: gênero, faixa etária, grau de instrução, estado civil, naturalidade, procedência, com quem mora, doenças alto relatadas e hábitos de vida.

O desempenho cognitivo avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzida e validada para o Brasil por Bertolucci (1994) tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis declínio cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver a síndrome demencial. O escore pode variar de zero até um total de 30 pontos. A nota de corte foi calculada com os valores da mediana apresentados por faixa etária e subtraído um desvio padrão (GRATÃO *et al.*, 2013). Foi adotado os pontos de corte: 18 pontos para analfabetos; 21 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade; 24 pontos para 4 a 7 anos de

escolaridade e 26 pontos para 8 ou mais anos de escolaridade.

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) é um instrumento de avaliação cognitiva de fácil e rápida aplicação, especialmente em idosos. Utilizou-se a pontuação validada no Brasil (BRUCKI *et al.*, 2003).que consiste numa escala de pontuação de 0 (relógio totalmente incorreto ou inexistente) a 10 pontos (relógio totalmente correto).

A sintomatologia depressiva foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão 15 itens validada no Brasil por Almeida e Almeida.[8] Composto por 15 questões e com ponto de corte de 5 pontos para indicar normalidade, de 6 a 10 pontos sintomas depressivos leves e 11 a 15 pontos sintomas depressivos severos.

A incapacidade funcional, operacionalizada nesse estudo como variável dependente, foi avaliada pelas limitações nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), definidas pelo índice de Katz, que investiga atividades de autocuidado, como, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, comer e controle das funções de urinar e/ou evacuar, a escala foi adaptada para uso no Brasil por Lino (OMS, 2015). Os escores, de 0 a 6 indicam que, quanto maior o escore, mais dependente é o idoso, porém optou-se pela versão Shelkey e Wallace (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), é dado um ponto para cada atividade que o avaliado faz sem ajuda, e a pontuação varia de 0 a 6, considerando que 6 independente; 5 a 3 parcialmente dependente e 2 a 0 totalmente dependente, representando mais independência nas ABVDs a maior pontuação.

As limitações nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) foram avaliadas pela versão brasileira da escala de Lawton e Brody, adaptada para realidade brasileira por Santos e Virtuoso Junior em 2008, sendo consideradas as atividades como usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, preparar a própria refeição, limpar e arrumar a casa, tomar medicamentos e lidar com finanças (ATALAIA-SILVA *et al.*, 2008).A pontuação varia de 7 a 21 sendo, 7 dependência total, 8 a 20 dependência parcial e 21 pontos independência.

A análise dos dados foi realizada no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, com auxílio de um profissional estatístico, de forma descritiva e univariada, tanto para variáveis categóricas (tabelas de frequência) quanto para variáveis quantitativas (medidas de tendência central e variabilidade). Realizou-se o cálculo de correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. As correlações foram consideradas como sendo fracas ($r < 0,3$), moderadas ($0,3 \leq r < 0,7$) ou fortes ($r \geq 0,7$). Os pontos médios das medidas de capacidade funcional (a Escala de Independência em Atividades de Vida Diária e a Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária) foram analisadas estatisticamente pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Mann-Whitney com ajuste de Bonferroni. Com a finalidade de ajustar as razões de prevalência de declínio cognitivo para as instituições, segundo as variáveis sexo, idade, presença de sintomas depressivos e número de morbidades, foi construído um modelo de regressão logística múltipla com o método de entrada simultânea de preditores, ou modelo

saturado. O nível de significância utilizado foi α = 0,05.

3 I RESULTADOS

Foram entrevistados 140 idosos, sendo 37 avaliados na ILPI, 53 no HU e 50 na USE. As características sociodemográficas e de saúde dos idosos foram apresentadas considerando as três modalidades de atendimento e as principais diferenças relacionadas aos itens: ter ou não ter declínio cognitivo, capacidade funcional e a presença ou não de sintomas depressivos.

Na Tabela 1 estão apresentadas as principais diferenças relacionadas ao sexo, estado civil, perfil de saúde, humor e cognição. Os dados mais evidentes indicam que na ILPI e no HU a população foi representada principalmente por homens, sendo 54,1% e 50,1%, respectivamente. Comparativamente, a USE, a maioria foi representada por mulheres (68%). Quanto ao estado civil, a ILPI foi representada por solteiros, em sua maioria (67,6%). Já no HU e na USE, predominaram os casados (56,6% e 42%), respectivamente. Destaca-se uma pequena proporção de idosos fumantes (4%) e uma grande proporção de idosos que praticavam atividade física (59,2%) na USE, mostrando um perfil de idosos com características mais saudáveis, se comparados aos do HU e da ILPI. Em relação ao desempenho cognitivo, destacam-se os idosos da ILPI com 100% de declínio cognitivo.

Perfil dos Idosos	ILPI		HU		USE	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
Sexo						
Feminino	17	45,9	26	49,9	34	68,0
Masculino	20	54,1	27	50,1	16	32,0
Estado civil						
Solteiro	25	67,6	4	7,5	4	8,0
Casado	2	5,4	30	56,6	21	42,0
Viúvo	9	24,3	14	26,4	21	42,0
Separado	1	2,7	5	9,4	4	8,0
Doenças						
HAS	12	32,4	22	41,5	25	51,0
DM	07	18,9	14	26,4	12	24,5
Fuma						
Sim	06	16,7	12	22,6	02	4,1
Não	24	66,7	32	60,4	28	57,1
Atividade Física						
Sim	05	13,5	20	37,7	29	59,2
Não	32	86,5	33	62,3	20	40,8

Sintomas Depressivos						
Sim	11	29,7	22	41,5	18	36,0
Não	26	70,3	31	58,5	32	64,0
MEEM – Declínio						
Sim	37	100	33	62,3	24	48,0
Não	0	0	20	37,7	26	52,0
Total	37	100	53	100	50	100

*Cálculo sobre n idosos = 140.

Tabela 1. Distribuição das principais diferenças dos idosos nas três modalidades de atendimento relacionadas ao sexo, estado civil, perfil de saúde, humor e cognição. São Carlos, 2014.

Na Tabela 2 estão representadas as médias, o desvio padrão, o mínimo e o máximo da idade, escolaridade, TDR, valores brutos do MEEM, Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (ABVD's), a Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e EDG dos idosos nas diferentes modalidades de atendimento. Observa-se que na USE havia idosos mais longevos (75,1 anos), com melhor escolaridade (5,3 anos), menor comprometimento cognitivo (5,3 pontos-MEEM; 5,1 pontos-TDR), menor comprometimento da capacidade funcional (16,1-AIVDs; 4,5-ABVDs), comparados aos idosos da ILPI e do HU.

Médias (dp) / Perfil do Idoso	**ILPI**			**HU**			**USE**		
	M (dp)	**Mín**	**Máx**	**M (dp)**	**Min**	**Máx**	**M (dp)**	**Min**	**Máx**
Idade	74,4(9,8)	60	95	70,8(8,1)	60	86	75,1(9,2)	61	96
Escolaridade	1,2(1,7)	0	4	4,3(3,3)	0	14	5,3(5,1)	0	20
Teste Relógio	1,6(1,7)	1	9	4,9	0	10	5,1	1	10
Decl.Cognitivo	6,6(7,7)	0	22	17,3(9,8)	0	30	19(10,6)	0	30
AIVDs	10(4,1)	7	19	16,1(5,8)	7	21	16,1(6)	7	21
ABVDs	2,4(2,2)	0	6	4,4(2,4)	0	6	4,5(2,3)	0	6
EDG	4,5(3,5)	0	11	4,8(3,8)	0	15	4,1(3,1)	0	11

*Cálculo sobre n idosos = 140.

Tabela 2. Estatística descritiva referente à idade, escolaridade, TDR, MEEM, AIVDs, ABVDs, EDG, dos idosos nas diferentes modalidades de atendimento. São Carlos, 2014.

Na Tabela 3 estão representados os três perfis de atendimento e as principais diferenças relacionadas ao item "ter ou não ter declínio cognitivo". Pode-se perceber que há uma associação entre o local de permanência do idoso e a proporção ou prevalência de declínio cognitivo, sendo 100 % na ILPI, 62,3 % no HU e 48,0 % na USE ($\chi 2 = 26,29$, $p < 0,001$).

Presença de declínio cognitivo	SIM		NÃO		Total	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
ILPI	37	100	0	0	37	26,4
HU	33	62,3	20	37,7	53	37,9
USE	24	48	26	52	50	35,7
TOTAL	94	67,1	46	32,9	140	100

*Pearson $\chi 2 = 26{,}983$, $p<0{,}001$

Tabela 3. Distribuição dos Idosos em relação à presença de declínio cognitivo, segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, HU e USE). São Carlos/SP, 2014.

Na Tabela 4 observa-se a análise de regressão logística múltipla, tendo como desfecho a presença de declínio cognitivo e como preditor preferencial a instituição, ajustando-se para sexo, idade, presença de sintomas depressivos e número de morbidades, sendo que apenas a idade foi o preditor de declínio cognitivo. Ajustando-se para as demais variáveis, as chances de prevalência de declínio cognitivo aumentam 8,7 % para cada ano de vida a mais. As chances de prevalência para ILPI não puderam ser calculadas já que todos os idosos apresentaram declínio cognitivo. Esta variável também não foi estatisticamente significativa, indicando que não há diferenças deste desfecho entre as instituições estudadas, quando ajustado para sexo, idade, depressão e número de morbidades.

Variáveis	p-valor	OR (IC 95%)
Instituição	0,161	-
Sexo	0,579	0,777
Idade	0,002	1,087
Sintomas depressivos	0,325	1,602
Morbidades	0,169	0,732

Tabela 4. Análise de regressão logística, tendo como desfecho a presença de declínio cognitivo. São Carlos, 2014.

Na Tabela 5 estão representadas as diferenças em ter capacidade funcional nas três modalidades de atendimento ao idoso. O teste global ou *omnubus* indicou haver uma diferença estatisticamente significativa entre os postos médios das 2 escalas entre as três instituições ($p<0{,}001$). Para determinar entre quais instituições as diferenças foram estatisticamente significativas, uma análise de comparações múltiplas, empregando-se Mann-Whitney aos pares, foi realizada. No entanto, foi considerado um $\alpha CP = \alpha/3 = 0{,}017$ para ajustar as comparações múltiplas por Bonferroni, revelando diferenças estatisticamente significativas de capacidade funcional, tanto para ABVDs, quanto AIVDs, entre ILPI e HU ($p<0{,}001$) e ILPI e USE ($p<0{,}001$). De fato, para o desempenho das ABVDs e AIVDs, os idosos da ILPI foram mais dependentes, já as diferenças entre HU e USE não

foram estatisticamente significativas.

Presença de *incapacidade funcional*	ABVDs		p-valor*	AIVDs		p-valor*
	Média	Mediana		Média	Mediana	
ILPI	2,35	2,00	< 0,001	9,97	7,00	< 0,001
HU	4,42	6,00		16,15	19,00	
USE	4,54	6,00		16,10	20,00	

*Cálculo sobre n idosos = 140; †Kruskal-Wallis.

Tabela 5. Distribuição das médias, medianas e p-valor nas três modalidades de atendimento, relacionado ao desempenho nas ABVDs e nas AIVDs de Idosos. São Carlos/SP, 2014.

4 | DISCUSSÃO

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres, uma vez que as mulheres apresentam maior longevidade, quando comparadas aos homens. Neste estudo, contraditoriamente, a maioria dos idosos institucionalizados era do sexo masculino (54,1%), o que representa uma divergência com a maioria das pesquisas nacionais, já que há singularidade referente ao sexo feminino (ALMEIDA *et al.*, 1999; SANTOS *et al.*, 2008). No entanto, algumas pesquisas corroboram com os achados desse estudo, indicando a prevalência do sexo masculino em idosos institucionalizados.[16-18] Esses diferentes achados, descritos na literatura, podem ser reflexo da mudança na dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos e/ou pode estar evidenciando uma diferenciação no perfil dos idosos institucionalizados nas várias regiões do País.

Os idosos usuários do HU, também, eram em sua maioria do sexo masculino (50,1%), dados semelhantes foram encontrados por Sthal, Berti e Palhares (2010) em um estudo com idosos internados no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu/SP, com prevalência de 59% de idosos do sexo masculino.

No ambulatório, 68% dos respondentes eram do sexo feminino. Estudos mostram que no Brasil e no exterior, é possível destacar a prevalência de mulheres na população idosa (LINI *et al.*, 2014; SHELKEY *et al.*, 2012).

Os fatores como a maior expectativa de vida feminina, a participação mais efetiva com relação à economia e o maior número de idosas chefes de família são fundamentais quando relacionados à feminilização da velhice. Destaca-se ainda que a participação maior da mulher em programas educacionais, preventivos e centros de convivências sociais é fundamental, principalmente para o conhecimento próprio em relação a sua saúde (ALENCAR *et al.*, 2012).

Em relação à idade, a maior média encontrada foi no contexto ambulatorial (75,1 anos) seguido pelo institucional (74,4 anos), sendo semelhante a outros estudos nacionais

(PAULA *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014). Idosos mais longevos, associados com maior escolaridade, apresentam maior conhecimento sobre a necessidade de acesso aos serviços de saúde e procuram com maior frequência o acompanhamento regular para a prevenção de doenças e complicações, ao invés de um serviço emergencial (GRATÃO *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao estado civil dos idosos da ILPI, houve predominância de solteiros (67,6%), já no hospital e no ambulatório, a maioria foi representada por casados. A alta porcentagem de indivíduos solteiros pode indicar a marginalização que existe para com o idoso sem família, além do próprio idoso preferir, muitas vezes, o isolamento da sociedade, pois acredita ser um incômodo para a família, e algumas vezes por esta considerar o idoso como um incômodo (NUNES *et al.*, 2016).

Em relação à escolaridade dos idosos da ILPI, a taxa foi de 62,2% de analfabetos. Esses dados estão em consonância com o IBGE (TRINDADE *et al.*, 2013), que alega ser o nível de escolaridade no Brasil ainda abaixo do desejado, principalmente na região Nordeste, onde a maioria da população foi classificada como não alfabetizada.

Os indivíduos menos escolarizados tem um menor desempenho nos testes de rastreio, como o MEEM e o TDR, em virtude da forte relação entre escolaridade e a cognição. A mesma tem sido apontada como um fator de risco direto para a taxa de declínio cognitivo mensurado pelo MEEM (GRATÃO *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2012).

Dos idosos atendidos no hospital, apenas 4% tinham de 1 a 4 anos de estudo, seguido de 15,1% com 5 a 8 anos de escolaridade, cabendo salientar que o número de analfabetos foi de 13,2%. Esses dados vão ao encontro dos achados de outros estudos nacionais com idosos hospitalizados (OMS, 2015; SANTOS *et al.*, 2008). Idosos sem escolaridade, com autopercepção negativa de saúde utilizam mais os serviços de saúde, quando comparados com os idosos que frequentaram a escola (OMS, 2015).

A maioria dos idosos do ambulatório, apresentaram de 1 a 4 anos de estudos (56%), e 20% possuíam 9 anos ou mais de escolaridade, sendo semelhante ao estudo de Paula et al. (2013) Idosos com maior escolaridade, apresentaram melhor auto-avaliação de saúde, uma vez que o conhecimento adquirido na escola sobre a necessidade de cuidados, prevenções, acesso aos serviços, entre outros, é relevante para a compreensão pessoal desses idosos acerca das condições de saúde, idealizando dessa forma a importância da realização dos mesmos (GRATÃO *et al.*, 2014).

Quanto às características de saúde dos idosos, as doenças crônicas mais prevalentes nos idosos das três instituições foram a hipertensão arterial e diabetes m*ellitus*. Um estudo realizado em uma ILPI do Estado de Santa Catarina, corroborou com os achados desta pesquisa, pois revelou que a hipertensão arterial (71,3%) e o diabetes *mellitus* (59,52%), foram as comorbidades mais frequentes (ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Ao comparar com outra investigação, cujos objetivos foram identificar os níveis de capacidade funcional de idosos em uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto – SP, avaliar o nível de dependência para realização das ABVDs, identificar o perfil sócio demográfico e a presença

de doenças crônicas na clientela investigada, as doenças crônicas diagnosticadas foram semelhantes, diferenciando-se apenas as osteoartrite, demência vascular, insuficiência cardíaca congestiva e depressão (NUNES *et al.*, 2016).

A capacidade funcional da maioria dos idosos institucionalizados, demonstrou-se dependente tanto para as ABVDs (62,2%), quanto para as AIVDs (51,4%). Foi encontrada uma relação direta entre o pior desempenho nas AVDs e maior comprometimento cognitivo, de acordo com a aplicação do MEEM e do TDR. No estudo de Pelegrin et al. (2008), 84,7% dos idosos eram independentes para as ABVDs. Em outra pesquisa realizada em Presidente Prudente-SP, cujo objetivo foi caracterizar os idosos institucionalizados residentes em três instituições de longa permanência para idosos, quanto à capacidade funcional e o estado mental, e verificar se existe correlação entre ambas, evidenciou-se que 75,65% dos idosos eram funcionalmente independentes (STHAL *et al.*, 2010).

Em relação ao desempenho nas AVDs, revela-se que a maioria dos idosos tanto do ambulatório, quanto do hospital, era independente para ABVDs e AIVDs. Um estudo transversal realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, analisou o perfil dos idosos quanto ao humor, perda da capacidade funcional e cognitiva, de acordo com o desempenho no MEEM, ABVD e AIVD e verificou que a maioria dos participantes relataram ser independentes para as ABVDs (63%), por outro lado a maior parte necessitou de ajuda para realizar as AIVD (68,33%) (SHELKEY *et al.*, 2012).

Em geral se evidencia uma hierarquia de perda da capacidade funcional nos idosos, quando se pensa em modelos de atenção ao idoso, sendo que no modelo ambulatorial os idosos são mais independentes comparativamente ao modelo hospitalar e asilar. Observa-se, o aumento gradual da gravidade da dependência funcional quando se procura serviços hospitalares de atendimento e culmina com grave dependência daqueles que procuram ou mesmo residem em instituições de longa permanência. A constatação da alta dependência dos idosos institucionalizados constatada no presente estudo pode evidenciar o fator de risco para a institucionalização, que se acentua com a mudança da dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos (LINO *et al.*, 2008). Paralelamente a isso, ainda existe a incapacidade da família de encontrar alguém que se responsabilize pelo cuidado do idoso. Neste contexto, aumenta a procura por ILPIs que ofereçam cuidados necessários à pessoa idosa, suprindo a falta de suporte familiar e social.

A avaliação do estado mental nesta pesquisa, utilizando-se o MEEM, mostrou que 100% dos idosos da ILPIs apresentaram alterações cognitivas, com média baixa no MEEM para analfabetos (4,43 pontos) para analfabetos, e um escore médio superior para os que frequentaram a escola até 4 anos (10,2 pontos). Na investigação de Alencar et al. (2012) em Belo Horizonte-MG, com 47 idosos institucionalizados, revelaram que o declínio cognitivo dos idosos de ILPIs é prevalente, sendo que 93,3% apresentaram comprometimento cognitivo.

No estudo de Gratão et al. (2014) realizado em Ribeirão Preto-SP com 574 idosos

residentes na comunidade urbana, revelou-se que a escolaridade foi um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade do cuidador, enquanto que o maior nível educacional foi associado a um melhor *status* funcional e menor risco para incapacidade cognitiva entre idosos.

Na avaliação do desempenho cognitivo no hospital, 62,3% dos idosos apresentaram declínio cognitivo, com média de 17,3 pontos. Um estudo de base populacional realizado por Ferreira et al. (2014) na América Latina com idosos de 65 anos ou mais de idade, encontrou associação positiva entre comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional em todos os países.

Dos idosos usuários do ambulatório, 48% dos indivíduos avaliados apresentaram declínio cognitivo, obtendo um escore de 19 pontos no MEEM. Outras pesquisas nacionais, encontrou que o déficit cognitivo esteve presente em 29% dos idosos avaliados (SHELKEY *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2014).

Os resultados deste estudo demonstraram que as diferentes modalidades de serviços de saúde e a idade apresentaram uma forte influência no desempenho cognitivo do idoso. As doenças crônicas incapacitantes, como a demência, constituem-se em grande fator de risco para institucionalização, por isso é comum haver muitos idosos com declínio cognitivo nestas instituições. Porém, o fato de que o isolamento social, bem como a falta de estímulo intelectual ocorrentes nas ILPIs podem ser fatores importantes no desenvolvimento e piora das alterações cognitivas (ALMEIDA *et al.*, 1999). São necessárias mais pesquisas para saber em qual dessas situações os idosos estudados se enquadram. As repercussões cognitivas ao longo do tempo deveriam ser acompanhadas desde o primeiro dia de institucionalização.

Muitas vezes a cognição está associada à presença de sintomas depressivos e na avaliação do humor, cerca de 41,5% e 36% dos idosos do hospital e ambulatório avaliados apresentaram sintomas depressivos. Um estudo nacional encontrou que 32% da amostra apresentou sintomas depressivos e que estes foram representados por idosos mais jovens, do gênero feminino, menos escolarizados e com menor pontuação no MEEM (SHELKEY *et al.*, 2012). A depressão não está diretamente relacionada com o envelhecimento, entretanto com o avançar da idade surgem algumas características atípicas ou particularidades que predispõem o desenvolvimento de sintomas depressivos com o envelhecimento, como a aposentadoria, a diminuição da possibilidade de desempenhar papel produtivo, o que geralmente leva à desmoralização e perda de *status* (JOCKWITZ *et al.*, 2017).

Algumas limitações foram verificadas no presente estudo: 1) a carência de estudos que comparem as três modalidades de atendimento ao idoso, ambulatorial, hospitalar e de longa permanência; 2) uso do questionário pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas; 3) os vários instrumentos de pesquisa e parâmetros utilizados para classificar a capacidade funcional dos idosos, além do ponto de corte, dificultam a comparação dos resultados com os outros estudos.

5 I CONCLUSÃO

Com base no objetivo proposto e resultados obtidos, conclui-se que na ILPI foi encontrado mais idosos debilitados, totalmente dependentes, com grave comprometimento cognitivo. O hospital e o ambulatório se equipararam em termos da capacidade funcional dos idosos, porém no hospital encontraram-se idosos com maior comprometimento cognitivo e maior prevalência de sintomas depressivos, estando de acordo com o perfil e complexidade de cada modelo de atenção à pessoa idosa.

As chances de prevalência de declínio cognitivo aumentaram com a idade quando relacionado à modalidade de atendimento hospitalar e ambulatorial, o que revela a associação entre o local de permanência do idoso e a prevalência do declínio cognitivo.

Frente ao exposto, é importante se comparar os três modelos de atenção ao idoso, pois o planejamento das ações é realizado de forma adequada, real e particular para cada cenário propiciando a capacitação da equipe de saúde para as intervenções singulares para os idosos envolvidos.

REFERÊNCIAS

Alencar MA, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento MH. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2012 [cited 2014 April 20]; 15(4):785-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/17.pdf

Almeida OP, Almeida AS. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. Arq Neuro-Psiquiatr. 1999 Jun; 57(2B): 421-6.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho M Sá, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública 2007 Agust; 23(8): 1924-30.

Araújo IFL, Cabral V, Viana FP, Sandoval RA. Análise comparativa da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Estudos [Internet]. 2010[cited 2015 Jan 18]; 37(1/2):101–11.

Atalaia-Silva KS, Lourenço RA. Tradução, adaptação e validação de constructo do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. Rev Saúde Pública 2008 April; 42(5): 930-37.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro Psiquiatr [Internet]. 1994 [cited 2014 Mar 21];52(1):01–7.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuro Psiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2014 May 8];61(3B):777–81.

Castro SD. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de caldas novas. Rev eletrônica saúde ciênc. [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 13]; 2(1):78-102.

Claudino R, Schveitzer V. Estudo do perfil das comorbidades para o risco de ocorrência de doenças crônicas em idosos institucionalizados. Rev Digital [Internet]. 2010 [cited 2014 July 28]; 14(141): 76 – 97.

Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. Rev Bras Psiquiatr 2007 Decemb;56(4):267–72.

Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Rev Acta Paulist Enferm 2011 Octob; 24(1): 29 - 35.

Gratão ACM, Fonseca GPS, Parreira CO, Faustino AM, Cruz KCT. Proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2014 June 29];8(4):879-88.

Gratão ACM, Vale FAC, Cruz MR, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, Rodrigues RAP. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. Rev Esc Enferm USP 2010 Dec; 44(4): 873-80.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2010: resultado do universo [Internet]. 2011 [cited 2014 June 19]. Rio de Janeiro (RJ).

Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). Cad Saúde Pública 2008 Jan; 24(1):103-112.

Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Independência funcional em idosos longevos na admissão hospitalar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Set [citado 2015 Fev 02]; 23(3): 673-679.

Louvison MC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. Rev de Saud Public 2008 Aug; 42(4): 733-40.

Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2012 Jul-Aug; 55(1):22-4.

Mendes Ada C, Sá DA, Miranda GM, Lyra TM, Tavares RA. The public healthcare system in the context of Brazils demographic transition: current and future demands. Cad Saude Publica 2012 May; 28(5):955-64.

Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisiplinar. In: Alinea, E, editor. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Campinas, Alínea, 2007.

Paula AFN, Ribeiro LHM, Délboux MJ, Guariento MH. Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric service. Rev Bras Clin Med. [Internet]. 2013 [cited 2014 June 10]; 11(3):212-8.

Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RM, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 18];15(4):182–8.

Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. RBPS 2008 Oct-Dec; 21(4):290-6.

Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Slightly adapted from Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 21]; 10(1): 20–30.

Sposito, G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento MH. A satisfação com a vida e a capacidade funcional em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Ciênc Saúde Coletiv [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 14]; 18 (12): 3475 – 82.

Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Characterization of older individuals hospitalized in an Emergency Ward as regards social and programmatic vulnerability. Escola Anna Nery 2010 Oct-Dec; 14(4):697-701.

Suassuna PD, Veras RP, Lourenço RA, Caldas CP. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. Rev Bras de Geriatr e Geronto 2012 Oct./Dec; 15(4): 643-50.

Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. Carcinogenesis. 2010 Jan; 31(1):100-10.

CAPÍTULO 7

CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 02/10/2021

Alma Rosa Barrios-Melchor
Profesor de tiempo completo de la Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería
Poza Rica, Veracruz, México

Alhelí García-Gregorio
Estudiante de la Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería
Poza Rica, Veracruz, México

RESUMEN: Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. En el presente trabajo se muestra a detalle un plan de cuidados de enfermería especializado y personalizado dirigido a la familia C. G, con el fin de aumentar la calidad de vida, confort y bienestar de las personas que integran el núcleo familiar.
PALABRAS CLAVE: Proceso, familia, alimentación, motivación, estilos de vida saludable.

CLINICAL CASE: FAMILY NURSING CARE PROCESS

ABSTRACT: Hoje um grande número de enfermeiros está comprometido com a prática profissional junto às pessoas, famílias ou comunidades, sendo responsáveis por oferecer cuidados específicos a partir das necessidades que as pessoas vivenciam com as diferentes experiências de saúde. O processo de cuidar de enfermagem (PAE) é a aplicação do método científico na prática assistencial de enfermagem, que nos permite prestar o cuidado de forma racional, lógica e sistematizada. Neste trabalho, é apresentado ao pormenor um plano de cuidados de enfermagem especializado e personalizado dirigido à família C. G, com o intuito de aumentar a qualidade de vida, o conforto e o bem-estar das pessoas que compõem o núcleo familiar**.**
KEYWORDS: Process, family, nutrition, motivation, healthy lifestyles.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y practica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventajas en relación con la de otros países; sin embrago esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

El proceso de atención de enfermería (PAE), consta de 5 etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

- La valoración: Nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como de recursos (capacidades) con los que se cuenta.
- El diagnóstico: Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.
- La planeación: Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
- La ejecución: Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
- La evaluación: Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

En el presente trabajo se muestra a detalle un plan de cuidados de enfermería especializado y personalizado con el fin de aumentar la calidad de vida, confort y bienestar de las personas que integran el núcleo familiar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar un proceso de atención de enfermería estandarizado que utilice como base la Teoría de Dorothea Orem y la taxonomía normalizada (NANDA, NOC, NIC), para poder llevar a cabo un plan de cuidados personalizado que permita proporcionar a cada uno de los integrantes de la familia, estímulos adecuados que faciliten la modificación de su alimentación, entorno y estilo de vida, con la finalidad de conseguir una reducción del peso de los individuos, sin alterar el estado nutricional de los mismos.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades o problemas reales y potenciales de los integrantes de la familia.

- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal de cada individuo.
- Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud de la familia.
- Evitar el incremento severo de riesgos que pueden llegar a desarrollar a futuro enfermedades que afecten el sistema cardiovascular de la familia.
- Determinar los conocimientos, la buena disposición y la habilidad de los integrantes del núcleo familiar para desarrollar correctas conductas sanitarias y estilos de vida saludables.
- Proporcionar a la familia estímulos adecuados que faciliten la modificación de su alimentación y conducta sedentaria.
- Promover la actividad física, motivando a cada uno de los integrantes de la familia para que practiquen algún deporte.

ESTUDIO DEL CASO

Valoración de datos básicos de los integrantes de la familia

I. Factores condicionantes básicos.

Familia C. G. con número de expediente familiar 0001, radica en la ciudad de Lázaro Cárdenas "La Uno" Puebla.

Los integrantes de la familia indican habitar en casa propia, vivienda con techo de concreto, piso y paredes de cemento., dicha vivienda cuenta con 5 habitaciones (1 cocina, 1 sala comedor y 3 recamaras) y con todos los servicios públicos., respecto a las características y a la ubicación de su hogar, considera que no existe a su alrededor algún tipo de fauna nociva o peligros ambientales que puedan perjudicar su salud física. Respecto a la localidad cabe mencionar que cuenta con todos los servicios públicos (alumbrado, alcantarillado, pavimento, teléfono, áreas verdes, lugares de recreación y transporte colectivo), necesarios para la comodidad y el bienestar de la población en general.

Los integrantes de la familia refieren profesar la religión católica, así mismo mencionan que no necesita el consejo de su guía espiritual para tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud.

El señor C.C.T con ocupación radio técnico refiere ser el jefe del hogar, menciona que su familia es de tipo nuclear extensa y estar compuesta por 6 integrantes: su esposa C.G.R (ama de casa) de 64 años de edad, su hija J.C.G (docente) de 45 años de edad y sus tres nietas S.I.M.C (estudiante de nivel licenciatura) de 20 años de edad, D.P.P.C (estudiante de nivel básico) de 12 años de edad y Y.P.C (estudiante de nivel básico) de 13 años de edad.

El jefe del hogar menciona que él y su hija son las personas que aporta un total de ingresos económicos de $6,500 a la quincena y alrededor de $13,000 al mes., además

de ser quienes cubren con la mayor parte de las necesidades tanto de salud como de seguridad dentro del núcleo familiar.

Los integrantes de la familia mencionan que, en caso de problemas familiares, laborales etc., recurren a C.C.T, C.G.R, J.C.G, integrantes considerados como el principal apoyo., así mismo refieren que la manera en que afrontar los problemas es platicándolos y tomando acuerdos entre todos los integrantes del núcleo familiar.

Respecto al estado de su salud de la familia, el jefe del hogar considera que es de tipo crítico, más aún, espera que sus condiciones de vida mejoren, para poder así alcanzar una calidad de vida estable.

Los integrantes de la familia refieren ser derechohabientes del servicio de salud público "INSABI"., más un mencionan acudir ocasionalmente a servicios de salud privados.

II. Requisitos de autocuidado universales.

Los integrantes S.I.M.C, D.P.P.C, Y.P.C refieren ocasionalmente salir a caminar en las calles cercanas a su hogar.

Los integrantes de la familia indican ducharse aproximadamente 8 veces por semana (1 vez al día) y realizar cambio de ropa alrededor 8 a 16 veces por semana (1 a 2 veces al día)., así mismo mencionan lavarse las manos de manera frecuente antes de comer y después de ir al baño, además de realizar el aseo bucal diariamente, después de consumir alimentos.

Los integrantes C.G.R (presión alta), J.C.G (presión alta), S.I.M.C (presión baja), Y.P.C (presión baja), refieren presentar alteraciones en su presión arterial.

Los integrantes C.G.R (adormecimiento y dolor), J.C. G (adormecimiento y dolor), Y.P.C (adormecimiento) refieren presentar adormecimiento en las extremidades inferiores relacionado con permanecer mucho tiempo sentadas.

La señora C.G.R menciona que su familia consume alrededor de 8 litros de agua de garrafón al día, más aún considera que la cantidad de agua que consumen diariamente no es suficiente acorde sus necesidades (Las 2 niñas pequeñas solo toman 1 litros de agua al día).

La señora C.G.R menciona que desayunan a las 9:00 am, almuerzan a las 3:00 pm, cenan o meriendan a las 7:00 pm., así mismo refiere que los alimentos que consumen diariamente son: lácteos, legumbres y verduras y frutas., cada tercer día: carnes y cereales., una vez por semana: oleaginosas., cabe señalar que la paciente refiere que el ambiente de su hogar es cálido y agradable durante el momento que consumen los alimentos.

Los integrantes de la familia refieren ingerir comida chatarra como lo es el pan (todos los días en el desayuno y en la merienda), las sabritas (2 veces por semana), las galletas (3 veces por semana) y sin olvidar el consumo de refresco (2 veces por semana).

Todos los integrantes de la familia indican ingerir cafeína diariamente, ya sea al momento del desayuno o en la merienda.

Respecto a problemas de intolerancia alimentaria Y.P.C afirma ser intolerante a la lactosa.

Los integrantes S.I.M.C y D.P.P.C indican sufrir frecuentemente problemas de estreñimiento.

Los integrantes de la familia refieren reunirse para ver películas, jugar juegos de mesa, escuchar música, para convivir y distraerse un poco de la rutina diaria.

Los integrantes S.I.M.C, D.P.P.C, Y.P.C indican presentar insomnio por problemas de depresión y ocasionalmente por exceso de preocupaciones del ámbito escolar.

Respecto a la valoración general de la familia, cabe mencionar que todos los integrantes se encuentran ubicados en sus 3 esferas neurológicas, facie tranquila, sin presencia de alteraciones del lenguaje.

Los integrantes C.C.T, C.G. R mencionan presentar cambios en su memoria, regularmente olvidan el lugar en donde colocan ciertos objetos o pertenencias.

Los integrantes de la familia se consideran personas sociables, todos tienen la capacidad suficiente para entablar y mantener una conversación con las personas que se encuentren a su alrededor.

Los integrantes C.C.T (Vista cansada), C.G. R (Vista cansada), J.C. G (Miopía), S.I.M.C (Miopía), Y.P.C (Miopía), presentan problemas para ver y por tal motivo utilizan lentes de aumento diariamente.

Los integrantes de la familia indican contar con su esquema de vacunación completo., así mismo refieren asistir anualmente a control odontológico y desparasitarse cada 6 meses.

Los integrantes C.G.R, J.C.G, Y.P.C refieren ser farmacodependientes a causa de sus problemas de salud.

Los integrantes C.G.R, J.C. G, S.I.M.C, D.P.P.C, Y.P.C indican haber comenzado su menarca a los 11 año de edad.

La integrante J.C.G refiere haber tenido 3 hijos y dos parejas sexuales, además menciona que utilizar el condón femenino como método anticonceptivo., así mismo indica acudir a su centro de salud o en su caso al ginecólogo particular para realizarse estudios para la detección oportuna de cáncer de mama y cáncer cervicouterino.

La integrante C.G. R refiere haber tenido 4 hijos y una sola pareja sexual, además menciona que después del nacimiento de su ultimo hijo opto por que le realizaran la salpingoclasia.

El señor C.C.T indica no realizarse ningún tipo de estudio para la detección oportuna de cáncer de próstata.

Los integrantes C.C. T, J.C.G, S.I.M.C refieren consumir bebidas alcohólicas alrededor de 4 veces al mes o 1 vez cada 4 meses.

Los integrantes C.G. R (cada mes), Y.P.C (cada 3 meses) indican llevar un control médico., Los demás integrantes refieren asistir a consulta médica cada que se enferman.

III. Requisitos de autocuidado del desarrollo.

El señor C.C.T refiere que dentro del núcleo familiar hay buena comunicación entre todos los integrantes.

Los integrantes de la familia mencionan que se consideran personas justas, respetuosas, honestas y solidarias., así mismo refieren no tener problemas de adaptación social, nunca haber tenido condiciones de vida opresivas, no haber tenido pérdidas de posesiones o de trabajo, no haber tenido algún cambio de residencia a un entorno desconocido, así como nunca haber tenido un cambio de posición ya sea social o económica., más sin en cambio menciona haber enfrentado la pérdida de su buen estado de salud, integrantes de la familia y amigos.

IV. Historia de salud familiar.

El señor C.C.T refiere que su Sobrino (COVID) y su Mamá (infarto al miocardio) son los únicos familiares cercanos que fallecieron en el último año.

Datos personales relevantes

NOMBRE	SIGNOS VITALES	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
C.C. T	T/A: 120/70, FC: 67 x´, FR: 18 x´, T°: 36.7	Peso: 77 kg, talla: 1.63 m, IMC: 28.981 kg/, circunferencia de cintura 109 cm, circunferencia de cadera 98 cm, perímetro braquial: 32.5 cm
C.G. R	T/A: 140/90, FC: 85 x´, FR: 22 x´, 36.7	Peso: 89 kg, talla: 1.63 m, IMC: 33.497 kg/, circunferencia de cintura: 113 cm, circunferencia de cadera: 121 cm, perímetro braquial: 38 cm
J.C. G	T/A: 120/80, FC: 74 x´, FR: 21 x´, T°: 36.8	Peso: 80 kg, talla: 1.63 m, IMC: 30.110 kg/, circunferencia de cintura: 102 cm, circunferencia de cadera: 113 cm, perímetro braquial: 36 cm.
S.I.M.C	T/A: 110/80, FC: 72 x´, FR: 20 x´, T°: 36.7	Peso: 110 kg, talla: 1.73 m, IMC: 36.753 kg/, circunferencia de la cintura: 123 cm, circunferencia de la cadera: 135 cm, perímetro braquial: 43 cm.
D.P.P.C	T/A: 100/60, FC: 69 x´, FR: 19 x´, T°: 36.7	Peso: 57 kg, talla: 1.57 m, IMC: 23.124 kg/, circunferencia de la cintura: 87 cm, circunferencia de la cadera: 61 cm, perímetro braquial: 27 cm.
Y.P.C	T/A: 130/90, FC: 81 x´, FR: 22 x´, T°: 36.8	Peso: 78 kg, talla: 1.73 m, IMC: 26.061 kg/, circunferencia de la cintura: 107 cm, circunferencia de la cadera: 111 cm, perímetro braquial: 33 cm.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO						
Requisitos Alterados		Dominio S	Datos significativos P	Problema identificado E	Causa	DX. Enfermero (Redacción NANDA)
Requisitos universales	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.	Dominio 02: Nutrición	Adulto: Índice de masa corporal (IMC) >30 kg/ C.G.R IMC: 33.497 kg/ J.C.G IMC: 30.110 kg/ S.I.M.C IMC: 36.753 kg/	Obesidad	Conducta sedentaria durante >2 horas/ día., disminución del tiempo de sueño., la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad., sobrepeso en la infancia., tamaño de las raciones mayor del recomendado., trastorno del sueño.	**DIAGNOSTICO REAL** Obesidad **R/C** Conducta sedentaria durante >2 horas/ día., disminución del tiempo de sueño., la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad., sobrepeso en la infancia., tamaño de las raciones mayor del recomendado., trastorno del sueño **M/P** Adulto: Índice de masa corporal (IMC) >30 kg/.
	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.	Dominio 04: Actividad-reposo		Riesgo de intolerancia a la actividad	Falta de experiencia en la actividad., problemas circulatorios., perdida de la condición física.	**DIAGNOSTICO POTENCIAL O DE RIESGO** Riesgo de intolerancia a la actividad **R/C** Falta de experiencia en la actividad., problemas circulatorios., perdida de la condición física.
	Prevención de los peligros para la vida, la actividad y el bienestar humano. Normalidad, funcionamiento, desarrollo dentro de grupos sociales y limitaciones.	Dominio 01: Promoción de la salud	Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad., expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo., expresa deseos de mejorar la gestión de los síntomas., expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.	Disposición para mejorar la gestión de la salud		**DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD** Disposición para mejorar la gestión de la salud **M/P** Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad., expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo., expresa deseos de mejorar la gestión de los síntomas., expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.

Requisitos de desarrollo	El señor C.C.T con ocupación radio técnico refiere ser el jefe del hogar, menciona que su familia es de tipo nuclear extensa y estar compuesta por 6 integrantes: su esposa C.G.R (ama de casa) de 64 años de edad, su hija J.C.G (docente) de 45 años de edad y sus tres nietas S.I.M.C (estudiante de nivel licenciatura) de 20 años de edad, D.P.P.C (estudiante de nivel básico) de 12 años de edad y Y.P.C (estudiante de nivel básico) de 13 años de edad. El señor C.C.T indica no realizarse ningún tipo de estudio para la detección oportuna de cáncer de próstata. Los integrantes C.C.T, C.G.R, J.C.G refieren no realizar ningún tipo de ejercicio
Requisitos de desviación de la salud	· C.C.T Peso: 77 kg, talla: 1.63 m, IMC: 28.981 kg/, circunferencia de cintura 109 cm, circunferencia de cadera 98 cm, perímetro braquial: 32.5 cm · C.G.R T/A: 140/90 FC: 85 x´ FR: 22 x´ Peso: 89 kg, talla: 1.63 m, IMC: 33.497 kg/, circunferencia de cintura: 113 cm, circunferencia de cadera: 121 cm, perímetro braquial: 38 cm Adormecimiento y dolor en miembros inferiores. · J.C.G Peso: 80 kg, talla: 1.63 m, IMC: 30.110 kg/, circunferencia de cintura: 102 cm, circunferencia de cadera: 113 cm, perímetro braquial: 36 cm. Adormecimiento y dolor en miembros inferiores. · S.I.M.C Peso: 110 kg, talla: 1.73 m, IMC: 36.753 kg/, circunferencia de la cintura: 123 cm, circunferencia de la cadera: 135 cm, perímetro braquial: 43 cm. Problemas frecuentes de estreñimiento., insomnio por problemas de depresión y ocasionalmente por exceso de preocupaciones del ámbito escolar. · D.P.P.C Peso: 57 kg, talla: 1.57 m, IMC: 23.124 kg/, circunferencia de la cintura: 87 cm, circunferencia de la cadera: 61 cm, perímetro braquial: 27 cm. Problemas frecuentes de estreñimiento., insomnio por problemas de depresión y ocasionalmente por exceso de preocupaciones del ámbito escolar. · Y.P.C T/A: 130/90 FC: 81 x´ FR: 22 x´ Peso: 78 kg, talla: 1.73 m, IMC: 26.061 kg/, circunferencia de la cintura: 107 cm, circunferencia de la cadera: 111 cm, perímetro braquial: 33 cm. Adormecimiento en miembros inferiores., insomnio por problemas de depresión y ocasionalmente por exceso de preocupaciones del ámbito escolar.

<table>
<tr><th colspan="10">PLAN DE CUIDADOS</th></tr>
<tr><td colspan="10">Diagnóstico de enfermería: Obesidad R/C Conducta sedentaria durante >2 horas/día., disminución del tiempo de sueño., la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad., sobrepeso en la infancia., tamaño de las raciones mayor del recomendado., trastorno del sueño M/P Adulto: Índice de masa corporal (IMC) >30 kg/.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Resultado:

Control del riesgo familiar: Obesidad</td><td>Agencia:

Agencia de autocuidado</td><td colspan="5">Sistema:

Parcialmente compensatorio</td><td>Métodos de ayuda:

· Guiar o dirigir
· Brindar apoyo
· Enseñar</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Dominio</td><td rowspan="2">Clase</td><td rowspan="2">Código</td><td rowspan="2">Indicadores</td><td colspan="5">Escala de Likert</td><td>Escala Diana</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="11">Mantener en: 19

Aumentar a: 29</td></tr>
<tr><td rowspan="10">06
Salud familiar</td><td rowspan="10">(X)
Bienestar familiar</td><td rowspan="10">2610</td><td>261001 reconoce los factores de riesgo</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261002 reconoce consecuencias de la obesidad</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261004 obtiene información acreditada sobre las estrategias de pérdida de peso</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261010 preparan juntos comidas saludables</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261011 comen juntos</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261015 bebe agua para una adecuada hidratación</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261019 decide opciones saludables cuando come fuera</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261020 limita la disponibilidad de alimentos de alto contenido calórico</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261027 promueve actividades activas de la familia</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>261030 mantiene rutinas saludables de sueño de los miembros</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><th colspan="10">Intervenciones de Enfermería NIC</th></tr>
<tr><td colspan="10">1260 manejo del peso</td></tr>
</table>

Acciones independientes	Fundamentación
1. 126001 comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. 2. 126003 comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. 3. 126004 comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. 4. 126005 determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. 5. 126006 determinar el peso corporal ideal del individuo. 6. 126008 desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal. 7. 126011 animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua. 8. 126014 ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.	1. En condiciones de peso corporal estables, la energía aportada con la comida es metabolizada y usada para el gasto metabólico basal, la termogénesis, el efecto termogénico de los alimentos, y la actividad física. Si la energía ingerida supera al gasto, la energía sobrante será almacenada. 2. El control del peso corporal se ejerce esencialmente por el cerebro, donde residen los centros que lo determinan en cada momento del ciclo vital. Este control esta modulado por cambios a largo plazo, que se ajustan a los diferentes momentos del ciclo vital: desarrollo, pubertad, plenitud funcional, senectud, etc., y a situaciones fisiológicas (gestación, lactancia) o a alteraciones funcionales (enfermedad, ayuno); intentando en todo momento mantener un equilibrio energético. 3. El aumento del peso corporal predispone a deformidades ortopédicas como: genu valgo, coxa vara, deslizamientos epifisiarios de la cabeza del fémur, arcos planos e inflamación de la placa de crecimiento en los talones. 4. De acuerdo a López-Espinoza y Martínez (2014) existen fenómenos particulares que integran el comportamiento alimentario que tienen tanto animales como seres humanos. Estos son, producción, procesamiento, conservación y consumo, pueden llegar a ser la base del comportamiento. Por tanto, es necesario entender que la relación de motivación y conducta.

	5. En la consulta diaria, el médico, el nutriólogo o el profesionista especializado, frecuentemente debe sugerir al paciente un intervalo de peso corporal que se relacione con un buen estado de salud. Medir el peso y la estatura es relativamente sencillo, y por ello generalmente se combinan estas dos mediciones para evaluar el estado nutricio de las personas junto con la edad. 6. A través de una intervención nutrimental, representada por la acción tomada para disminuir el riesgo o tratar un inadecuado estado nutricio, se plantea proveer al paciente de una orientación alimentaria. Esta se lleva a cabo a través de acciones que proporcionan información básica, 7. El agua, un componente importante de toda función corporal, forma la mayor parte de nuestro Sistema digestivo y de la eliminación. También protege y lubrica los tejidos del cerebro y las coyunturas. El agua también transporta los nutrientes y se lleva los deshechos de las células. Y ayuda a regular la temperatura del cuerpo al distribuir el calor y refrescar el cuerpo por medio del sudor. 8. La energía que el cuerpo humano requiere para mantener sus funciones vitales es obtenida por la oxidación de los macro nutrimentos provenientes de los alimentos.

Evaluación
Los integrantes de la familia mostraran conocimiento sobre la importancia de conocer la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso., además de desarrollar planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el gasto de energía, con el propósito de mantener un estado óptimo de salud y prevenir la manifestación de enfermedades adversas., así mismo se debe agregar que correspondiente a la implementación de las actividades de enfermería, se conseguirá que cada individuo desarrolle un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal. Los indicadores mostrados fueron, reconoce los factores de riesgo., reconoce consecuencias de la obesidad., obtiene información acreditada sobre las estrategias de pérdida de peso., preparar juntos comidas saludables., comer juntos., bebe agua para una adecuada hidratación., decide opciones saludables cuando come fuera., limita la disponibilidad de alimentos de alto contenido calórico., promueve actividades activas de la familia., mantiene rutinas saludables de sueño de los miembros., cabe destacar que los factores que intervinieron para que se obtuvieran los resultados esperados fue la necesidad de la familia por retomar un estilo de vida saludable. En cuanto a lo mencionado anteriormente es necesario recalcar que los resultados obtenidos no fueron los esperados, pero si se llegó a cubrir la mayor parte de los objetivos estipulados, obteniendo una puntuación Diana de 25.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud **M/P** Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad., expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo., expresa deseos de mejorar la gestión de los síntomas., expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.

Resultado:	**Agencia:**	**Sistema:**	**Métodos de ayuda:**
Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	Agencia de autocuidado	Parcialmente compensatorio	· Guiar o dirigir · Brindar apoyo · Enseñar

Dominio	**Clase**	**Código**	**Indicadores**	**Escala de Likert**					**Escala Diana**
				1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Mantener en:** 10
04 Conocimiento y conducta de salud	**(R)** Creencias sobre la salud	**1701**	170102 percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable			**X**			**Aumentar a:** 14
			170104 percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro			**X**			
			170107 confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás		**X**				
			170108 confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud		**X**				

Intervenciones de Enfermería NIC

5510 educación para la salud

Acciones independientes

1. 551003 identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.

2. 551005 determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.

3. 551008 priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.

4. 551010 identificar los recursos (personales, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.

5. 551026 implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

6. 551029 destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.

7. 551033 determinar e implementar estrategias para medir el programa y la rentabilidad de la educación, utilizando estos datos para mejorar la eficacia de los programas subsiguientes.

Fundamentación

1. Cualquier actividad del ser humano siempre está determinada por motivos conscientes e inconscientes que abarcan factores de diversa índole, como, por ejemplo: factores referidos al control comportamental (dentro de estos factores se encuentra la motivación), factores disposicionales a nivel psicológico (según las características propias da cada sujeto), factores relacionales, sociales, ambientales, culturales, etc.
2. Es muy importante la existencia del interrogatorio ya que es el primer contacto que se da entre el paciente y el profesional de la salud para el inicio del desarrollo de un ambiente lleno de valores entre ambos.
3. Favorecer el proceso de aprendizaje en salud, es entendido como la mejora de las capacidades de las personas para comprender, interpretar y utilizar la información sanitaria; usar los recursos existentes de manera eficiente y desarrollar habilidades en pro de mejorar su salud y su calidad de vida.

<table>
<tr><td></td><td>4. En la planeación, es necesario determinar la cantidad de cada uno de los recursos para llevar adelante las estrategias, por lo que es importante determinar la cantidad y clase de recursos necesarios, en función del periodo de planeación.
Lo que hace a la planificación una actividad importante en la gestión de las organizaciones, es el hecho de que los recursos siempre son escasos o limitados, mientras las necesidades son ilimitadas.
5. La familia cumple un papel fundamental en la rehabilitación: “Un paciente con un grupo familiar dispuesto a apoyarlo y acompañarlo tiene gran parte del proceso ganado.
6. Una alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico es la mejor combinación para disfrutar de un estado sano, tanto físico como mental. Además, es la manera más eficaz de combatir todo tipo de trastornos y enfermedades peligrosas como la obesidad y el sobrepeso, que más adelante se pueden ampliar a otras enfermedades como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes o el colesterol entre muchas otras.
7. Por evaluación de la pertinencia de un programa se entiende el estudio -a priori (ex ante) o durante- de la factibilidad e impacto esperado de un programa para beneficio de un grupo de población específica o la resolución de un problema determinado de las acciones programadas en proporción al gasto en salud y finalmente; el resultado último en los indicadores de salud y calidad de vida de la población, sujeta a las acciones del programa.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Evaluación</th></tr>
<tr><td colspan="2">Los integrantes de la familia mostraran conocimiento sobre las correctas conductas sanitarias y estilos de vida saludables., así mismo las personas adultas que integran el núcleo familiar mostraran la importancia de implementar en su vida diaria formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., con el fin de servir de modelo de tipos de conducta para los integrantes más pequeños. Los indicadores mostrados fueron, percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable., percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro., confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás., confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud., cabe destacar que los factores que intervinieron para que se obtuvieran los resultados esperados fue la necesidad de la familia por retomar un estilo de vida saludable. En cuanto a lo mencionado anteriormente es necesario recalcar que los resultados obtenidos no fueron los esperados, pero si se llegó a cubrir la mayor parte de los objetivos estipulados, obteniendo una puntuación Diana de 10.</td></tr>
</table>

CONCLUSIÓN

Con la finalidad de realizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado, en primer lugar, se realizó un estudio a fondo de la obesidad y la descripción del curso de

dicha enfermedad incluyendo la epidemiologia, etiología, síntomas, factores de riesgo, diagnostico., posteriormente se llevó a cabo el desarrollo del plan de cuidados, utilizando como base la Teoría de Dorothea Orem y la taxonomía normalizada (NANDA, NOC, NIC), con el objetivo de proporcionar a los integrantes del núcleo familiar, estímulos adecuados que faciliten la modificación de su alimentación, entorno y estilo de vida, con el propósito de conseguir una reducción del peso de los mismos, sin alterar su estado nutricional.

En conclusión, la utilización estratégica de los planes de cuidado fueron la base fundamental para poder alinear a todos los involucrados en el cuidado de los mismos, cabe destacar que gracias a ello se pudieron enfocar todos los esfuerzos hacia un mismo objetivo en común obteniendo buenos y gratificaste resultados., así mismo se debe agregar que el desarrollo de un proceso de enfermería bien estructurado, es indispensable para que un paciente logre una pronta y duradera recuperación en el menor tiempo posible.

REFERENCIAS

Álvarez, C., Lara, A., Torres, C., Covarrubias, L., Guillermo, E. & Toscano, M. (2014, 12 de diciembre). Modelo de evaluación de programas de salud. Salud Colima. http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf

Bulechek, G., Butcher, H. & McCloskey, J. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (5ª. ed.). ELSEVIER.

Carrera, A. (2015). Beneficios del deporte en la salud. Academica-e.unavarra.es http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18694/Alicia%20Carrera%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1

Castillo, R., Icaza, N., Linares, L., Acevedo, M. & Murillo, L. (s.f). Manual de procedimientos, planificación y programación de recursos humanos. http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/8AF3-Manual%20de%20Procedimientos.pdf

González, E. (2013). Obesidad: análisis etiopatogénico y fisiopatológico. Endocrinologia y nutrición. 60(1), 17-24. https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-obesidad-analisis-etiopatogenico-fisiopatologico-S1575092212001283

Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I. & Almaguer, P. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. MediSur. 7(2), 25-30. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000200004

Heather, T. & Kamitsuru, S. (2015-2017). Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. ELSEVIER.

Hunot, C., Vizmanos, B. & Arellano, L. (2007). Propuesta de una estrategia de terapia médico nutrimental del paciente con obesidad o sobrepeso. Medigraphic. 4(2), 104-116. https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2007/isg072e.pdf

Lande, F. (2019). Planteo de metas y objetivos: una estrategia útil para la adherencia a la actividad física. Psyciencia. https://www.psyciencia.com/planteo-de-metas-y-objetivos-una-estrategia-util-para-la-

adherencia-a-la-actividad-fisica/

Mongil, D. (2016). Adaptaciones fisiológicas a la pérdida de peso y factores que favorecen nuevamente la ganancia de peso. [tesis de grado en medicin, Universidad de Cantabria] Repositorio Unican. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8754/MongilRuizD.pdf

Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud (5ª. ed.). ELSEVIER.

Quevedo-Blasco, V., Quevedo-Blasco, R. & Bermúdez-Sánchez, M. (2009). Análisis de la motivación en la práctica de actividad fisico-deportiva. Revista de investigación en educación. 6(1), 33-42. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3216095

Quiroz, G. (2015). Fundamentos del gasto energético. Eprints. http://eprints.uanl.mx/9370/1/Documento0.pdf

Raile, M. & Marriner, A. (2018). Modelos y Teorías en enfermería (9ª. ed.). ELSEVIER.

CAPÍTULO 8

COMPARTILHANDO SABERES E PRÁTICAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS COM METODOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO ATIVA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 24/09/2021

Elida Borges Lopes
Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense, pós-graduanda em Saúde da Família pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF
Niterói– RJ
https://orcid.org/0000-0002-4163-3766

Alcina Frederica Nicol
Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Rio de Janeiro– RJ
https://orcid.org/0000-0001-7221-5666

Layanne Fonseca Pinto
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – Campus Rio das Ostras
Rio das Ostras – RJ
https://orcid.org/0000-0002-2362-8154

Giúlia Kamille de Medeiros Padilha
Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense, mestranda pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz
Rio de Janeiro Brasil
https://orcid.org/0000-0002-9537-5731

Walesca Carvalho Amaral Batista
Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense, pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Grupo Educacional IBRA
https://orcid.org/0000-0003-3494-7481

RESUMO: **Objetivo:** demonstrar os benefícios da Educação em Saúde na escola através da metodologia de participação ativa para gerar reflexão e debate. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica de Enfermagem que realizou oficinas em parceria ao projeto “Oficinas integradas ao currículo da EJA: uma experiência exitosa entre a Escola Municipal Acerbal Pinto Malheiros e a Universidade Federal Fluminense/ Campus Rio das Ostras”. As oficinas tinham como título “Conversando sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis”. **Resultados:** As oficinas foram realizadas durante o turno da noite, para alunos com idade entre 16 a 50 anos, em sua maioria mulheres. Elas ocorriam em quatro momentos, os alunos participavam ativamente nos segundo e terceiro momentos expondo seus conhecimentos e dúvidas. Em uma roda de conversa era passada uma caixa personalizada com perguntas sobre temática, favorecendo a participação ativa. Também ao longo das oficinas foram demonstrados como se faz o uso do preservativo masculino e feminino, além das boas práticas do uso. **Conclusão:** Foi observado grande interesse dos alunos com maior participação dos homens. Diversas dúvidas foram expostas, também nos foram relatados à busca por serviços de saúde através das informações que foram expostas nas oficinas.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Educação em Saúde; Enfermagem.

SHARING KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS WITH ACTIVE PARTICIPATION METHODOLOGY

ABSTRACT: Objective: demonstrate the benefits of Health Education in school through the methodology of active participation to generate reflection and debate. Method**:** This is an experience report of a nursing student who held workshops in partnership with the project "Workshops integrated into the EJA curriculum: a successful experience between the Acerbal Pinto Malheiros Municipal School and the Federal Fluminense University/Rio das Ostras Campus". The workshops were entitled "Talking About Sexually Transmitted Infections". **Results:** The workshops were held during the night shift, for students aged between 16 and 50 years, mostly women. They occurred in four moments, the students actively participated in the second and third moments, exposing their knowledge and doubts. In a conversation circle, a personalized box with questions on the subject was passed, favoring active participation. Also during the workshops were demonstrated how to use male and female condoms, in addition to good practices of use. **Conclusion:** There was great interest from students with greater participation of men. Several doubts were exposed, we were also told about the search for health services through the information that was exposed in the workshops.

KEYWORDS: Sexually Transmitted Diseases; Health education; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) ainda se configuram como um grandioso problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, são acometidas, diariamente, dentre as infecções curáveis, mais de um milhão de pessoas em escala global, e estas encontram-se na faixa etária de 15 a 49 anos (OMS, 2016).

Contextualizando o cenário brasileiro, no ano de 2019 foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV (Human Immunodeficiency Virus) e 37.308 casos de AIDS (Acquired Imune Deficiency Syndrome), caracterizando entre o período de 1980 até junho de 2020, 1.011.617 casos de AIDS detectados no Brasil. No ano de 2019, foram registrados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) um total de 10.565 mortes como causa básica AIDS, sendo uma taxa de mortalidade de 4,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

De igual modo, as hepatites virais tomam notoriedade no país, visto que entre 1999 a 2020, 254.389 pessoas foram diagnosticadas com hepatite B e 262.815 diagnosticadas com hepatite C, sendo estas infecções responsáveis, primordialmente, por doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2021). A falta de diagnóstico e, consequentemente, a falta de tratamento das IST, podem acarretar desdobramentos graves e crônicos à saúde como, doenças neurológicas e cardiovasculares, diversos tipos de câncer causados por vírus, cervicite, uretrite, vaginite, ulcerações vaginais, gravidez ectópica, infertilidade e natimortos, sendo este último causado sobretudo pela sífilis, que ocasionou em 200.000 natimortos e óbitos de recém-nascidos em 2016 (ROWLEY et al., 2019).

Destarte, torna-se de grande relevância promover ações como a disseminação do conhecimento acerca da temática. Ambientes como as escolas tornam-se locais estratégicos para a difusão de saberes, de tal modo que consigam mitigar a propagação de novos casos através de educação em saúde, visto que a desinformação contribui com o aumento da vulnerabilidade às IST. Com isso, faz-se necessária a presença do enfermeiro em ambiente escolar para este realizar seu papel de educador (ALMEIDA et al., 2017).

De tal modo, a educação em saúde se baseia na promoção de práticas que promovam a saúde, preconizando a participação popular, protagonismo e autonomia do cuidado em seu cotidiano, não somente sob o risco de adoecimento. Desta forma, esse conceito está atrelado a um estado positivo e dinâmico e de bem-estar biopsicossocial, ambiental e pessoal, uma visão integral do ser humano (MACHADO et al., 2007).

Portanto, a educação em saúde institui-se como uma estratégia consistente a ser trabalhada nos ensinamentos sobre saúde sexual e reprodutiva, envolvendo familiares e escola, onde o profissional de saúde pode ser indicado como grande aliado para capacitação e conscientização de todo o grupo (SANTOS et al., 2018). Os setores da educação e da saúde assentem a magnitude de estabelecer atividades conjuntas, para garantir a integralidade ao público trabalhado nas escolas (DE ROSSI et al., 2021).

A escolha do ambiente escolar como um facilitador e local favorável na propagação das informações estão associadas ao fato de que os estudantes enxergam este, como um local para sanar suas dúvidas. Com isso, se torna possível orientar tomadas de decisões e condutas futuras dos alunos. Para que isso ocorrer, é importante que professores e profissionais de saúde participem das ações de educação conjuntamente, abrindo espaço para que haja compreensão da sexualidade e prevenção para essa população (ALMEIDA et al., 2017).

Logo, a informação através de ações educativas intersetoriais, se faz necessária para a população em geral. Por isso as oficinas em roda de conversa têm dois focos principais: informar e sensibilizar os alunos. Com isto, tem-se como objetivo demonstrar os benefícios da Educação em Saúde na escola através da metodologia de participação ativa para gerar reflexão e debate.

2 I METODOLOGIA

A presente pesquisa se utiliza de metodologia descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo de relato de experiência de oficinas em roda de conversa realizadas por acadêmicos de enfermagem em uma escola da rede pública municipal, Baixada Litorânea, Rio de Janeiro, Brasil. A descrição de experiência teve como referencial metodológico Gomes & Merhy, 2011, que trata sobre a Educação Popular em Saúde.

As oficinas ocorreram durante o período de Iniciação Científica (IC), pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), de 2018 a 2019. A Educação

em Saúde na escola foi uma das atividades desenvolvidas para atender a um dos objetivos específicos propostos no projeto de IC, que foi elaborar e realizar oficinas com alunos de escolas da rede pública e população em geral.

Para desenvolver essa atividade foi estabelecido uma parceria ao projeto: oficinas integradas ao currículo da EJA: uma experiência exitosa entre a Escola Municipal Acerbal Pinto Malheiros e a Universidade Federal Fluminense, ambas situadas no município de Rio das Ostras.

Foi criado um roteiro para organizar as oficinas, nele destacaram-se itens importantes que direcionou todo o percurso a ser trabalhado. Com os seguintes pontos pertinentes: objetivos; conteúdo; procedimentos de ensino e recursos (Morais et al., 2021).

As oficinas tinham como título: "Conversando sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis", cujo objetivo geral foi conversar sobre a prevenção, transmissão das IST, saberes e práticas. Além de quatro objetivos específicos quais sejam: (1) colaborar para compreensão do cenário de cada IST;(2) demonstrar o protagonismo dos alunos na prevenção e redução das IST; (3) gerar debate e reflexão do panorama de cada IST e (4) Contribuir através da sensibilização na modificação do comportamento sexual. Eles foram determinados para alcance de resultados esperados a partir dessa Educação em Saúde.

Foram utilizados os seguintes recursos: banner, projetor, notebook (para apresentação de slides em PowerPoint®), caixa de som, caixa personalizada com perguntas sobre a temática e folhetos informativos.

As rodas de conversa eram realizadas em quatro momentos: o primeiro momento era para demonstrar o cenário atual de cada IST; no segundo passava na roda uma caixa personalizada com perguntas pré-estabelecidas pela acadêmica, sobre a temática e ao parar a música, o participante que estivesse com ela tirava uma pergunta e respondia a partir do seu conhecimento; o terceiro era para gerar debate e reflexão, e o quarto foi para devolutiva dos questionamentos levantados pelos alunos, respondidos pela acadêmica de enfermagem através do embasamento nas evidências científicas.

As palestras eram realizadas pela autora principal e os demais autores deram suporte no preparo dos materiais e organização das oficinas.

Faz-se imperativo informar que, por tratar-se de um relato de experiência, o artigo, embora incluso em projeto, o mesmo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, durante o seu desenvolvimento e escrita, nenhum participante foi identificado, e ressalta-se que foram considerados os preceitos éticos da Resolução n.º 466/12.

3 | RESULTADOS

As oficinas foram realizadas durante o turno da noite, para alunos com idade entre 16 a 50 anos, em sua maioria mulheres. Elas aconteciam em roda de conversa e tinham

dois focos principais: informar e sensibilizar, pois, um dos principais desafios ao fomentar a educação sexual é a modificação de comportamentos.

A metodologia utilizada gerou debate e reflexão, e com isso os alunos participaram ativamente. Eles aprenderam como prevenir, como ocorre a transmissão dessas infecções, as boas práticas de uso e conservação dos preservativos. Esses conhecimentos puderam ter favorecido a saúde sexual do indivíduo, além da mudança do comportamento nas relações sexuais.

Os alunos participavam ativamente no segundo e terceiro momentos da oficina expondo seus conhecimentos e dúvidas.

4 l DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Experienciar essa prática enquanto discente de enfermagem foi de suma importância para a evolução da trajetória acadêmica. Proporcionando assim habilidades de indagação e oratória junto aos alunos da rede municipal sobre os problemas que afetam a população sexualmente ativa.

A comunicação e informação acerca das boas práticas de conservação e uso dos preservativos masculino e feminino, e as implicações dessas infecções na população foi de modo claro e informal.

O compartilhamento desses saberes faz parte de um dos pilares da Universidade que é a extensão dos conhecimentos. Essa vivência possibilitou transformar saberes complexos adquiridos na academia para saberes e práticas populares.

Dessa forma a dinâmica utilizada durante as oficinas provocou interesse entre os estudantes, visto que, em vários momentos da roda de conversa eles tiveram voz ativa, o que facilitou a troca dos saberes.

O primeiro e quarto momentos das oficinas eram para a fala da mediadora. Iniciando o assunto com apresentação do cenário das IST no Brasil, aproximando-se dos indivíduos ali presentes. Acreditamos que a metodologia da comunicação adotada estimulou o diálogo. Certamente, isto estimulou o compartilhamento de vivências o que enriqueceu as oficinas e agregou conhecimento enquanto sujeitos em construção na sociedade.

Foi utilizado nas oficinas imagens com questionamentos para melhor compreensão do cenário atual no Brasil sobre as IST. As demonstrações por meio de imagens facilitam o reconhecimento dessas infecções. Além de possibilitar trocas de experiências entre os alunos e futuros profissionais de saúde. Essa abordagem faz parte do processo de aprendizagem do discente de saúde, contribuindo para que suas práticas profissionais se tornem cada vez menos verticalizadas.

Para conversar de saberes e boas práticas do uso de preservativos foi usado a estratégia do reconhecimento do produto, ou seja, levamos o preservativo masculino e feminino. Os aspectos apontados foram a conservação, prazo de validade, abertura, uso

adequado, utilização de gel a base de água, esclarecendo que os óleos para lubrificação danificam o preservativo. Também foi esclarecido como se faz a colocação e retirada, além da orientação do descarte. Entendemos que uma das atribuições do enfermeiro é a Educação em Saúde e como discentes de enfermagem preparar o conteúdo e dialogar sobre fez com que vivêssemos o processo de formação dessa classe.

Também foi esclarecido a importância da busca do serviço de referência caso tivessem algum dos sinais e sintomas mencionados. Essa intersetorialidade faz com que discentes entendam o protagonismo dos diversos setores no contexto de promoção à saúde, prevenção de doenças e redução de danos, visto que, os problemas de uso e abuso de álcool e outras drogas também foram assuntos abordados.

A troca do saber popular e científico integra a Educação Popular em Saúde, uma experiência enriquecedora para população e profissionais. Essa pedagogia amplia o pensamento crítico da realidade, exercitando sua participação no processo de saúde (Gomes & Merhy, 2011).

O processo de escuta utilizado nas oficinas foi uma habilidade adquirida pela palestrante, podendo assim dizer que o método de educação popular fez parte de sua formação.

A habilidade de mediar e coordenar os questionamentos e assuntos foi parte da preparação do processo ensino-aprendizagem da discente de enfermagem. Capacitando-a para futuras abordagens.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o objetivo do projeto foi alcançado, pois, a habilidade de comunicação gerou grande interesse dos alunos com maior participação dos homens. Foram feitos vários apontamentos e diversas dúvidas foram expostas. Também foi relatado a busca por serviços de saúde através das informações esclarecidas nas oficinas. Além disso, essa atividade foi de grande evolução acadêmica e profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A.A.S. et al. **Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 70, n. 5, p. 1033-1039, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531> [acesso em: 20 setembro 2021].

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Número Especial, jul. 2021.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Número Especial, dez. 2020.

DE ROSSI, L.F. **Educação em saúde relacionada a sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis:** Uma revisão integrativa. New Trends in Qualitative Research, v. 8, p. 9–17, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17> [acesso em: 20 setembro 2021].

GOMES, L.B., MERHY EE. **Compreendendo a Educação Popular em Saúde:** um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002> [acesso em: 05 setembro 2021].

MACHADO, M.F.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS:** uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 12, n. 2, p. 335-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009> [acesso em: 20 setembro 2021].

MORAIS, K. C. et al. **Educação em Saúde** – Manual de Aprimoramento e Qualificação para o Processo de Ensino. 1. ed. 1. vol. - Irati: Pasteur, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/529737> [acesso em: 05 setembro 2021].

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis**, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis> [acesso em: 20 setembro 2021].

ROWLEY, J. et al. **Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016**. Bulletin World Health Organization, v.97, n. 8, p. 548-562, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.228486> [acesso em: 20 setembro 2021].

SANTOS, V.R.P. **Os desafios da educação sexual no contexto escolar:** o papel da enfermagem. Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica, v. 7, n. 03, p. 187-207, 2019. Disponível em: <10.36524/dect.v7i03.212> [acesso em: 20 setembro 2021].

CAPÍTULO 9

ESTILO DE VIDA DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA ADESÃO AO TRATAMENTO

Data de aceite: 01/12/2021

Elizabeth Colorado Carmona
Professora da disciplina na Faculdade de Enfermagem da Universidade Veracruzana
Veracruz
ORCID 00003-2681-5112

Jazmín Ortiz Lugo
Veracruz
ORCID 00002-2753-7997

Gloria Enriqueta Reyes Hernández
Docente da disciplina na Faculdade de Enfermagem, Universidad Veracruzana,
Veracruz
ORCID 00003-2836-2727

Ángela Isabel Espinoza Mesa
Enfermeira Pediátrica do Hospital de Especialidades Naval de Veracruz
ORCID 0000- 0003- 3597-6612

Gloria del Rocío Ibargüen Ramón
Professora da disciplina no Centro de Línguas da Universidade Veracruzana
Veracruz
ORCID 00002-1341-0696

RESUMO: O México encontra-se em um estágio avançado de transição demográfica que em menos de três décadas levou o país a um crescimento acelerado da população idosa. Esse aumento desse grupo populacional é atualmente considerado um desafio para os sistemas de saúde de todos os países, uma vez que a maioria dos idosos atualmente apresenta alguma doença; Percebe-se que, com o aumento da idade, mais doenças e a presença de enfermidades não transmissíveis, antes chamadas de crônicas, dentro desse grupo de padecimentos, as mais frequentes nessas faixas etárias são as cardiopatias, infarto e diabetes, patologias relacionadas à hipertensão arterial, e quais são as principais causas de mortalidade nesta população. O aumento dessas doenças juntamente com o envelhecimento da população implica em desafios importantes para os sistemas de saúde em todo o mundo (Graham, 2016), pois produz consequências negativas como: falhas terapêuticas, aumento de hospitalizações, aumento dos gastos com saúde conforme citado por Carmen Bermejo (2016). Por isso é importante conhecer o seu estilo de vida e principalmente a adesão ao seu tratamento ou a adesão terapêutica. Objetivo: Descrever o estilo de vida e o nível de adesão terapêutica dos idosos hipertensos usuários do Centro de Saúde de Boca del Río. Método: Estudo descritivo quantitativo e transversal típico, amostragem não probabilística por conveniência, instrumentos do Miniquestionário Mental (MEEM-E) e questionário para medir a adesão ao tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares Resultados: Amostra de 30 idosos, domínio sexo feminino com 25 (83,3%), 63% deles tinham outras doenças concomitantes, sendo as mais presentes DM (43,33%) e alterações cardiovasculares (16,5%), adesão terapêutica de 96,6%.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida, Adesão ao tratamento, idoso, hipertensão arterial.

ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

RESUMEN: México se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica que en menos de tres décadas ha llevado al país a un acelerado crecimiento de la población adulto mayor. Este aumento en este grupo poblacional es considerado actualmente un reto para los sistemas de salud de todos los países, ya que la mayoría de los AM en la actualidad presentan alguna enfermedad; se ha visto que a mayor edad más enfermedades y presencia de las enfermedades no transmisibles, antes denominadas crónicas, dentro de este grupo de enfermedades las más frecuentes en estos grupos de edad son las enfermedades cardiacas, los infartos, y la diabetes, padecimientos relacionados con la Hipertensión arterial, y las cuales son las principales causas de mortalidad en esta población. El aumento de estas enfermedades junto con el envejecimiento poblacional implica importantes retos para los sistemas de salud a nivel mundial (Graham, 2016), por qué produce consecuencias negativas como: fracasos terapéuticos, aumento de hospitalizaciones, incremento de gasto sanitario como menciona Carmen Bermejo (2016). Por lo que es importante conocer su estilo de vida y sobre todo la adherencia en su tratamiento o adherencia terapéutica. **Objetivo:** Describir el estilo de vida y el nivel de adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial usuario del Centro de salud de Boca del Río. **Método:** Estudio descriptivo típico cuantitativo y transversal, muestreo no probabilístico a conveniencia, instrumentos Cuestionario mini Mental (MMSE-E) y cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular .Resultados: Muestra de 30 adultos mayores, dominio del sexo femenino con 25 (83.3%), un 63% de ellos presentaron otras enfermedades concomitantes siendo las más presentes la DM (43.33%) y las alteraciones cardiovasculares (16.5%), adherencia terapéutica de 96.6%.

PALABRAS CLAVE: Estilo de vida, Adherencia al tratamiento, adulto mayor, hipertensión arterial.

LIFESTYLE OF THE ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND THEIR ADHERENCE TO TREATMENT

ABSTRACT: Mexico is in an advanced stage of demographic transition that in less than three decades has led the country to an accelerated growth of the elderly population. This increase in this population group is currently considered a challenge for the health systems of all countries, since most of the OA (Older Adults) currently have some disease; It has been seen that at an older age, more diseases and the presence of non-communicable diseases, previously called chronic, within this group of diseases, the most frequent in these age groups are heart disease, heart attacks, and diabetes, conditions related to arterial hypertension, and which are the main causes of mortality in this population. The increase in these diseases together with the aging of the population implies important challenges for health systems worldwide (Graham, 2016), because it produces negative consequences such as: therapeutic failures, increased hospitalizations, increased health spending as mentioned by Carmen Bermejo (2016). So it is important to know their lifestyle and especially the adherence in their treatment or therapeutic adherence. **Objective**: To describe the lifestyle and the level of therapeutic adherence in the elderly with hypertension who are users of the Boca del

Río Health Center. **Method**: Typical quantitative and cross-sectional descriptive study, non-probabilistic convenience sampling, Mini Mental Questionnaire (MMSE-E) instruments and questionnaire to measure adherence to treatment of patients with cardiovascular disease. **Results**: Sample of 30 older adults, female sex domain with 25 (83.3%), 63% of them had other concomitant diseases, the most present being DM (43.33%) and cardiovascular alterations (16.5%), therapeutic adherence of 96.6%.
KEYWORDS: Lifestyle, Adherence to treatment, elderly, arterial hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças não transmissíveis são as principais causas de morbimortalidade em idosos (MA) nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre elas uma das mais frequentes é a hipertensão arterial (HA), que é a que mais afeta a saúde dos idosos sendo uma doença e fator de risco para patologias cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Da mesma forma, pode causar afetações vasculares periféricas e retinianas (Raidel González Rodríguez, 2017). As ações educativas e não farmacológicas associadas a esta patologia constituem pilares para o seu enfrentamento (Raidel González Rodríguez, 2017); uma vez que constituem as medidas sanitárias universais mais importantes.

E mais baratos, por isso é importante conhecê-los, mas principalmente a adesão ao tratamento ou a adesão terapêutica. A adesão terapêutica é um complexo no qual intervêm diversos fatores nos quais estão incluídos 5 grupos: fatores socioeconômicos, fatores relacionados aos profissionais de saúde, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores específicos do paciente. Na maioria dos casos, as doenças crônicas exigem adesão contínua e metódica ao plano de tratamento, por isso é necessária a cooperação e participação do paciente nas indicações feitas pelo pessoal de saúde; quase todos com o objetivo de melhorar o estilo de vida e as ações de autocuidado.

2 | MÉTODO

Este artigo é descritivo, quantitativo e transversal. Descritivo, pois buscou especificar propriedades, características e características importantes do estilo de vida que os idosos aposentados levam. E Quantitativo porque coletou dados numericamente e utilizou análise estatística de estudo. (Burns, 2012).

A população foi composta por 40 idosos aposentados, de ambos os sexos, que pertenciam a um grupo de apoio de uma instituição pública do Município de Veracruz, Veracruz. A amostra foi selecionada por amostragem não probabilística por conveniência do autor.

Os critérios de inclusão foram: Adultos maiores de 60 anos, de ambos os sexos, qualquer nível socioeconômico que seja aposentado, orientado no espaço, no tempo e na pessoa, que pertença à instituição pública e que tenha apresentado sua respectiva identificação como maior ou igual a 60 anos.

Para avaliação do estilo de vida, será utilizado o Instrumento (FIFO-II) elaborado por Nola J. Pender 1995, que contém 52 itens com quatro opções de resposta (1 = nunca, 2 = às vezes, 3 = frequente, 4 = rotineiramente). o escore é 52 e o máximo é 208. Este instrumento é composto por 6 subescalas, sendo a escala 1 responsabilidade em saúde com 9 itens, 2 atividades física com 8 itens, 3 nutrição com 9 itens, 4 crescimento espiritual com 9 itens, 5 relações interpessoais com 9 itens, 6 gerenciamento de estresse com 9 itens. O coeficiente alfa de Cronbach é relatado em 0,94 da escala total. Para a análise estatística, foram obtidos índices com valor de 0 a 100, onde um índice alto representa um melhor estilo de vida. O tempo para responder ao instrumento foi de 15 minutos.

A análise estatística foi descritiva, as informações foram processadas no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 23. O banco de dados foi feito com as 52 questões do instrumento PEPS II, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos por meio de estatística descritiva.

Como técnica, a entrevista foi realizada em instituição pública, como método de coleta de dados foi utilizado o questionário PEPS II "Perfil de Estilo de Vida" (Pender, 1996) para estabelecer e avaliar o estilo de vida do idoso aposentado classificando-o como Muito Saudável., Saudável e insalubre.

Este estudo está de acordo com os regulamentos da lei geral de saúde em matéria de pesquisa em saúde (Ministério da Saúde, 2018). Com base nos artigos a seguir e levando em consideração que esta será uma investigação sem riscos.

O artigo 13 menciona que em toda pesquisa em que o ser humano seja objeto de estudo deve prevalecer o critério do respeito à sua dignidade e proteção.

Dos seus direitos e bem-estar. Da mesma forma, no artigo 16, será protegida a privacidade da pessoa física objeto da investigação, ela somente será identificada quando os resultados o exigirem.

De acordo com o artigo 20, o participante assinou por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo qual o sujeito da pesquisa ou, se for o caso, seu representante legal autoriza sua participação na pesquisa, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e do risco a que vai se submeter, com a possibilidade de escolher livremente e sem qualquer coerção.

3 | RESULTADOS

A amostra foi composta por 40 idosos aposentados com relação à idade, o grupo mais relevante é de 60 - 61 com 40%, 72,5% corresponderam ao sexo feminino e 27,5% ao masculino, o estado civil casado se destacou com 45% e a Maioria a renda mensal era de 12.000 a 15.000 com 47,5%.

Variáveis sociodemográficas	f	%
Idade		
60 – 61	16	40.0
62 – 63	12	30.0
64 – 65	12	30.00
Sexo		
Feminino	29	72.5
Masculino	11	27.5
Estado Civil		
Casado	18	45.0
Viúvo	10	25.0
Divorciado	12	30.0
Renda Econômica Mensal		
8000 – 11000	5	12.5
12000 – 15000	19	47.5
16000 – 19000	16	40.0

Tabela nº 1: Variáveis sociodemográficas de idosos em uma instituição pública em Veracruz, Ver. 2018 (n = 40).

Fonte: direto

Em relação ao estilo de vida dos idosos por dimensões, encontrou-se média geral de 65,16 e pelas dimensões a maior responsabilidade na saúde e crescimento espiritual com 78,89 e a menor atividade física com 39,69.

ESTILO DE VIDA	**Média**	**DE**	**Mínima**	**Máxima**
Índice geral de dimensões	65.16	4.494	56	73
Responsabilidade de saúde	79.63	5.871	70	93
Atividade física	39.69	10.523	17	54
Nutrição	59.72	9.570	37	81
Crescimento espiritual	78.89	8.269	56	93
Relações interpessoais	64.26	8.112	48	78
Estresse	71.04	8.223	50	88

Tabela nº 2: Estilo de vida por dimensões dos idosos de uma instituição pública em Veracruz, Ver. 2018.

Fonte: direto.

O estilo de vida promotor de saúde é apresentado a seguir de acordo com as medidas doentias, saudáveis e muito saudáveis onde se constatou que a maioria dos idosos aposentados permanece na coluna muito saudável. A dimensão avaliada mais alta

foi 100% responsabilidade com a saúde muito saudável e a mais baixa foi atividade física na coluna 52,5% não saudável.

ÍNDICE DE DIMENSÕES	Poco saludable		Saludable		Muy saludable	
	f	%	f	%	f	%
Responsabilidade de saúde	0	0	0	0	40	100
Actividade física	21	52.5	19	47.5	0	0
Nutrição	0	0	35	87.5	5	12.5
Crescimento espiritual	0	0	4	10	36	90
Relações interpessoais	0	0	27	67.5	13	32.5
Estresse	0	0	17	42.5	23	57.5

No. 3: Estilo de vida promotor da saúde de acordo com as medidas pouco saudáveis, saudáveis e muito saudáveis dos idosos de uma instituição pública em Veracruz, Ver. 2018.

Fonte: direto.

4 I DISCUSSÃO

No estudo “Estilo de vida e estado nutricional de idosos” realizado por Torrejón Mendoza, Reyna Márquez (2012) verificou que o estilo de vida dos idosos é saudável, concordando com este estudo onde se constatou que a população de idosos aposentados avaliada possui um estilo de vida saudável.

De acordo com o estudo “Hábitos alimentares, estado nutricional e estilos de vida em idosos ativos na cidade de Chillán, Chile”, realizado por (Barrón, Rodriguez, & Chavarría, 2017) refere que a maioria dos entrevistados realiza atividades físicas. ao contrário do resultado do presente estudo, visto que apenas 39,69 do total da população pesquisada realiza alguma atividade física em uma escala de 0 a 100, onde quanto maior a pontuação, melhor o estilo de vida.

5 I CONCLUSÕES

O estilo de vida que prevalecia era saudável e muito saudável já que grão parte da população sofria de doenças como DM e HT nas quais cuidava da saúde e alimentação, mas abandonou a prática de exercícios que é um fator importante, seu nível econômico permite que liderem um estilo de vida saudável.

Estilo de vida dos idosos por dimensões, encontrou-se uma média geral de 65,16 e pelas dimensões a maior é a responsabilidade pela saúde e crescimento espiritual e a menor a atividade física

Foi evidenciado que os idosos aposentados mantêm relacionamento interpessoal adequado e ocupam seu tempo em atividades familiares, pessoais e sociais, não realizam

atividades físicas devido a fatores como idade e adoecimento e insegurança para sair, possuem disponibilidade de tempo.

6 I RECOMENDAÇÕES

Incentive caminhadas em idosos, preferencialmente em duplas ou grupos na área onde moram, seja em praças, avenidas, quadras, etc. Os municípios da região metropolitana de Veracruz - Boca del Rio realizam eventos culturais, esportivos e recreativos nos finais de semana, os convites são refletidos em suas páginas eletrônicas, para isso é necessário que os (filhos ou netos) dos idosos se envolvam e disponibilizem essas informações.

Envolver a família do idoso na realização de atividades lúdicas, como caminhadas ou outras atividades, pois isso ajuda-os a que se sentam integrados como parte fundamental da família.

Treinar o idoso em atividades físicas que ele possa realizar dentro de casa e / ou em espaços abertos, por meio de um plano de exercícios semanais ou mensais.

Dê feedback aos idosos em questões de nutrição e saúde em seus grupos de aposentadoria. Agende consultas em clubes para idosos de pleno direito para avaliar o estado de saúde e relatar dúvidas, bem como fornecer informações sobre um estilo de vida saudável.

REFERENCIAS

1. Aguilar, A. E., Lamadrid, M. d., & Sánchez, M. Á. O profissional de enfermagem no monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral. Revista Cubana de Enfermagem. (2016).

2. Barrón Verónica, Alejandra Rodríguez e Pamela Chavarría. Hábitos alimentares, estado nutricional e estilos de vida em idosos ativos na cidade de Chillán, Chile. (2017).

3. Carpena, M. R .apel da resiliência em idosos institucionalizados. . Recuperado em 8 de março de 2018, em https://repositorio.com (2015).

4. Castro-Rodríguez, J. A., Orozco-Hernández, J. P., & Marín-Medina, D. S. Polifarmácia e prescrição de medicamentos potencialmente inadequados em idosos. Risaralda Medical Journal, 52-57. (2016).

5. Catherine Torrejón Mendoza, Elena Reyna Márquez. Estilo de vida e estado nutricional de idosos. (2012).

6. Governo. (Julho de 2017). gob.mx. Recuperado em 1° de outubro de 2018, em gob.mx: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/203

7. GPC. (08 de julho de 2014). Guia de prática clínica. Obtido em 23 de outubro de 2018, do Clinical Practical Guide: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf

8. Graham, E. Aging and Noncommunicable Diseases. HelpAge International, 1-5 (2016).

9. Instituto Nacional de Estatística e Geografia (INEGI, 2013).

10. Morales, L. E. Adesão ao tratamento em doenças crônicas. Jornal Cubano de Angiologia e Cirurgia Vascular, 1-10 (2015).

11. Nancy Burns, Susan K. Grove. Pesquisa em enfermagem. Editorial Elsevier Saunders (2012).

12. Nola Pender. Questionário de perfil de estilo de vida. FIFO II. (mil novecentos e noventa e seis).

13. Olivella Fernández Madeleine Cecilia C. V. Comportamentos de autocuidado e adesão terapêutica em pessoas com doença coronariana atendidas em instituição atendidas em instituição hospitalar de Ibagué, Colômbia. Nursing Research, 13-29 (2016).

14. Organização Mundial da Saúde. Dados e estatísticas da OMS, (2018).

15. Pisano González Marta M. Modificação de hábitos e adesão terapêutica, chave para o controle das doenças crônicas. ELSEVIER, 59-66 (2014).

16. Salazar Cáceres, P. M., Rotta Rotta, A., & Otiniano Costa, F. (2016). Hipertensão em idosos. Revista Médica Herediana, 60-66.

17. Salech M. Felipe, L. R. alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. ELSEVIER, 4-112 (2012).

18. Secretário de Saúde. Regulamento da Lei Geral de Saúde sobre Pesquisa em Saúde (2018).

19. Sociedade Espanhola de Cardiologia. (24 de outubro de 2015). Enfermagem, fundamental para melhorar a adesão ao tratamento cardiovascular. Recuperado em 30 de maio de 2018, em https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/6776-enfermeria-clave-en-la-mejora-de-la-adherencia -al -tratamento cardiovascular.

20. Soto, J. R. NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION. Las Condes Clinical Medical Journal, 61-68 (2018).

21. Solar Liliana Alicia, M. G. (2014). A Teoria do Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem Ponto de Partida para a Qualidade da Assistência. Recuperado em 2018, do arquivo: /// C: /Users/Victor/Downloads/1139-4545-1-PB.pdf

CAPÍTULO 10

ETNOGRAFIA DOS SABERES DA FAMÍLIA SOBRE DOENÇA RENAL CRÔNICA, HEMODIÁLISE E CUIDADOS DOMICILIARES

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 17/09/2021

Wagner Jaernevay Silveira
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
http://lattes.cnpq.br/1637823101998817

Edna Aparecida Barbosa de Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
http://lattes.cnpq.br/0919629615453590

Denise Rocha Raimundo Leone
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
http://lattes.cnpq.br/6578591830719845

RESUMO: Neste capítulo, apresentamos um estudo que objetivou compreender os saberes de familiares de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica, e os cuidados domiciliares. Realizamos uma etnografia ancorada na Etnoenfermagem, orientada por Madeleine Leininger, coletando as informações por observação participante e entrevista em visitas domiciliares a sete pessoas em tratamento por hemodiálise e quinze familiares. Encontramos quatro categorias: a) "Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço": saberes e práticas de saúde; b) "É assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela": Doença Renal Crônica; c) "O socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente": experiência da família no serviço de hemodiálise e d) "Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada": Trajetória da família na rede de atenção à saúde. Os familiares sabem o que é uma doença renal crônica, sua predisposição familiar, o tratamento e os cuidados. A principal fonte são os profissionais de saúde, as trocas de experiência com outros pacientes e familiares do serviço de hemodiálise. Compreendemos que mesmo tendo recebido orientações/informações com conteúdo técnico-científico, os familiares explicitaram dificuldades em aderirem às práticas de autocuidado. Como considerações finais, apontamos que características culturais prevalecem nos hábitos básicos e modo de cuidar da saúde e, a partir das experiências de busca de cuidados pelos participantes, em outros serviços de saúde, é relevante uma política de suporte à família do paciente renal crônico em hemodiálise, sobretudo, dos dependentes que vislumbre a prevenção da continuidade da doença entre os familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Cuidados de enfermagem. Hemodiálise. Atenção Primária à Saúde. Doença Renal Crônica.

ETHNOGRAPHY OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE, HEMODIALYSIS AND HOME CARE

ABSTRACT: In this chapter, we present a study that aimed to understand the knowledge of family members of people on hemodialysis about treatment, chronic kidney disease, and home care. We performed an ethnography, anchored in ethno-nursing guided by Madeleine Leininger, collecting information through participant

observation and interviews during home visits to seven people undergoing hemodialysis treatment and fifteen family members. We found four categories: “I’m taking better care of myself, I’m not one hundred percent, but I make an effort”: knowledge and health practices; Chronic Kidney Disease: “It’s scary, but treating, taking care of it is possible to live with it”; “The help they give at first is that it would have to be permanent”: family experience in the hemodialysis service; “Every time you need it is a darn difficulty”: The family’s trajectory in the health care network. Family members know what chronic kidney disease is, their family predisposition; treatment and care. The main source are health professionals, exchanges of experience with other patients and family members of the hemodialysis service. We understand that even having received guidance/information with technical-scientific content, family members explained difficulties in adhering to self-care practices. As final considerations, we point out that cultural characteristics prevail in the basic habits and way of caring for health and, based on the participants’ experiences of seeking care in other health services, a policy to support the family of the Chronic Kidney patient in hemodialysis, especially for dependents and that aims to prevent the continuity of the disease among family members.
KEYWORDS: Family. Nursing care. Hemodialysis. Primary Health Care. Chronic Kidney Disease.

1 I INTRODUÇÃO

No âmbito da família de adultos que convivem com uma doença renal crônica (DRC) e que dependem de cuidados no domicílio, observa-se a necessidade de avançar nos conhecimentos sobre as relações entre a família que convive com um familiar dependente de procedimentos especializados com seus saberes, numa dimensão cultural e a adesão às orientações de profissionais sobre comportamentos e cuidados de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

Estudos ressaltam à magnitude da DRC tanto quanto no mundo, sendo vista como um problema de Saúde Pública no Brasil, uma enfermidade potencialmente grave, com altas taxas de morbimortalidade e custos elevados para a sociedade e para os sistemas de saúde (FERRAZ *et al*., 2017; FERREIRA *et al*., 2018; SILVA *et al*., 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2018, havia 133.464 pessoas em diálise crônica, destas 92,3% realizam à hemodiálise (HD) e 7,7% fazem à diálise peritoneal (DP). Cabe ressaltar que, considerando o intervalo entre os anos de 2009 e 2018, a prevalência global de pessoas em tratamento dialítico aumentou em 58% e que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a fonte pagadora de 80% destas modalidades terapêuticas (NEVES *et al*., 2020).

O tratamento dialítico impõe à necessidade do indivíduo frequentar o serviço de diálise para fazer o tratamento e, ou acompanhamento, gerando a dependência obrigatória de tecnologias avançadas para a sobrevivência, repercutindo em mudanças no processo de vida, no pensar e no agir do sujeito, com reflexo direto no núcleo familiar e na qualidade de vida relacionada à saúde (CALDERAN *et al*., 2013; ROCHA; SANTOS, 2009).

As sintomatologias constantemente observadas nas pessoas submetidas à hemodiálise, traduzem-se em graus variados de limitações fisiológicas, com impacto direto nas condições emocionais e sociais das pessoas. As mudanças na aparência física geradas pela necessidade de utilizar um acesso vascular para a realização do tratamento, contribuem para as alterações biopsicossociais e interferem, de maneira importante, nas interações sociais do sujeito doente e de sua família (CALDERAN *et al*., 2013).

Aponta-se para uma visão multifatorial da DRC, sob suas dimensões orgânica, socioeconômica e psicológica. Essa realidade determina um novo rumo no processo de viver e ser saudável, de acordo com o significado atribuído aos estressores, com a orientação de vida, com as forças, necessidades e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos envolvidos (CALDERAN *et al*., 2013).

No entorno da abordagem clínica a uma pessoa com DRC, recomenda-se a compreensão do contexto de vida do indivíduo e de sua família a fim de subsidiar o tratamento, que engloba processo do cuidar da Enfermagem. Sendo assim, nesta pesquisa utilizou-se o referencial teórico da Etnoenfermagem a partir dos pensamentos de Madeleine Leininger. Em sua teoria da universalidade e diversidade cultural, a autora apresenta seu conceito de cultura: “[...] história de vida de um indivíduo ou grupo, tomando como referência seus valores, crenças, padrões, normas e práticas que são aprendidos, compartilhados e transmitidos entre gerações [...]” (LEININGER, 1997, p. 38).

Diante dessa concepção teórica, buscamos compreender, de modo pioneiro e inovador, a relação entre “cuidado” e “cultura”, fenômeno que, para a autora, seria o elo que faltava para a Enfermagem oferecer um cuidado adequado, centrado na pessoa e congruente à sua cultura de vida. Assim, o cuidado de enfermagem está focado na pessoa, entendida como sujeito autônomo no processo saúde-doença, no qual o enfermeiro empreende as ações no sentido de buscar à preservação e à manutenção da cultura de cuidados (GOMES; CAVALCANTE; ALEXANDRE, 2019).

Consonante a esse pensamento, tem-se que as maneiras pelas quais um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doenças não estão dissociados da visão de mundo desse grupo, bem como de suas experiências a respeito dos demais aspectos, em particular da dimensão cultural experimentada por eles (BRIÑEZ ARIZA; RODRIGUES, 2016).

Observa-se no cotidiano da prática de enfermagem nos serviços de hemodiálise, que o cuidar de uma pessoa com DRC e incapaz de realizar parcial ou totalmente o próprio cuidado, gera e intensifica a demanda de trabalho, especialmente, para a família, gerando um desarranjo no modo de ser e viver do familiar.

Assentado nos fatores hereditários da DRC os familiares apresentam importante fator de risco para o desenvolvimento desta doença (ALMEIDA *et al*., 2015; BRASIL, 2014). A possibilidade de adoecimento pode ser intensificada pela sobrecarga física e emocional quando assumem as funções de cuidadores. Assim, o familiar não deve ser visto apenas

como cuidador, que precisa de apoio para suprir as responsabilidades e exigências no cuidar do ente querido, mas como alguém que apresenta reais possibilidades para adoecer (ALMEIDA *et al*., 2015).

Esse aspecto expõe a relevância de trazer o familiar para o foco do cuidado, compreender suas percepções, anseios e saberes sobre a doença. Conhecer suas experiências de vida no âmbito saúde e doença, suas condições socioeconômicas e culturais a fim de ofertar o cuidado de enfermagem integral e resolutivo a essa clientela (KALANTAR-ZADEH *et al*., 2021).

Do paradoxo de cuidar e adoecer, se estabelece um questionamento entre os saberes existentes sobre a doença e a utilização de ferramentas para impedir o surgimento de novos casos de DRC entre os familiares. Diante disso, tomamos como ponto de partida, a premissa de que é preciso ouvir a família da pessoa em programa de hemodiálise.

Logo, observa-se a necessidade de dispensar mais tempo, emoções e esforços para a apropriação de novos conhecimentos e tecnologias, proporcionalmente ao grau de dependência para a realização das ações demandadas pelo tratamento.

Mediante as considerações anteriores, investimos na proposição desta investigação, que envolve o tema do cuidar em enfermagem, com ênfase para a família da pessoa com DRC em programa contínuo de diálise. No campo desta temática, a questão que nos propusemos a investigar foi o conhecimento do familiar sobre a DRC, tomando como referência o processo de cuidar do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS). Motivados pelo conhecimento sobre a predisposição genética dentre os fatores etiológicos da DRC, seus fatores de risco, a predisposição familiar, observações assistemáticas sobre baixa adesão aos cuidados preventivos quando já se tem um familiar em tratamento. Nosso estudo objetivou compreender os saberes de familiares de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica e os cuidados domiciliares.

2 | METODOLOGIA

Realizamos uma pesquisa qualitativa, com o método da Etnoenfermagem (LEININGER, 1991). Os participantes foram familiares nucleares de sete pacientes (adultos ou idosos) em programa contínuo de hemodiálise, que, juntos, constituíram-se em vinte e dois informantes-chave. Os indivíduos em tratamento hemodialítico foram identificados na Unidade de Terapia Renal Substitutiva de um hospital público, de Ensino de Minas Gerais. Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e abril de 2014, por meio de observação participante e de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado em visitas domiciliares aos participantes da pesquisa.

Adotamos como critérios de inclusão para a participação na pesquisa, sujeitos com idade a partir de 18 anos, independente de gênero, etnia, religião, classe social e posição política. No momento da pesquisa, deveriam estar lúcidos, conscientes e orientados no

tempo e espaço. A negação deles em participar da pesquisa proposta ou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram consideradas como critério de exclusão.

Realizamos a observação, com participação e a reflexão durante o trabalho de campo, segundo a perspectiva da Etnoenfermagem proposta por Leininger, da seguinte forma: observação primária com escuta ativa, não ocorrendo participação ativa; observação primária com participação limitada; participação primária com continuidade das observações; reflexão primária e reconfirmações dos resultados e informações (LEININGER, 1991).

Adotamos pseudônimos para os informantes a fim de garantir-lhes o anonimato. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital e, posteriormente, transcritas. A observação participante foi expandida considerando-se as notas e registros em um diário de campo. A análise seguiu as fases descritas por Leininger.

Inicialmente, coletamos os dados, transcrevemos gravações, expandimos notas de campo e fizemos descrições. A análise dos dados sobre conhecimento dos participantes iniciava durante o trabalho de campo, seguindo para uma segunda fase na qual identificamos e categorizamos os descritores e componentes mais relevantes ao propósito da pesquisa. Na terceira fase, fizemos uma análise contextual e, por fim, na quarta e última fase definimos as categorias mais expressivas que para discussões (LEININGER, 1991).

Nesta investigação, seguimos as recomendações éticas orientadas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto da pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos vinculados à Plataforma Brasil, conforme o Parecer nº 338.460/2013.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao final do processo de interpretação e síntese dos dados, emergiram quatro categorias que possibilitaram-nos a compreensão da questão da pesquisa: a) “Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço”: saberes e práticas de saúde; b) Doença Renal Crônica: “é assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela”; c) “O socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente”: experiência da família no serviço de hemodiálise e d) “Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada”: Trajetória da família na rede de atenção à saúde.

A seguir, apresentaremos uma discussão dos principais achados que possibilitaram estas categorias.

3.1 “Estou me cuidando melhor. Não tô cem por cento, mas eu me esforço”: saberes e práticas sobre saúde

A frase acima, que nomeia essa categoria, expõe a existência de um movimento empreendido pelo participante desde que recebeu o diagnóstico de DRC no sentido de cuidar melhor de si, o que lhe exige esforço, e lhe permite uma avaliação sobre o seu

estado de saúde, demonstrando que para isso, faz comparações com um estado de saúde ideal que seria o percentual de "cem por cento".

Estar cuidando melhor de si pode significar uma acomodação obtida pelo processo de enfrentamento das consequências da doença e seu tratamento, tomando por base conhecimentos, saberes e a realização de práticas a este relacionada. Assimilar os saberes e as práticas que o usuário e sua família possuem, pode ser a base para o cuidado de enfermagem efetivo, coerente com o contexto da vida e cultura.

O conceito de DRC, sob a ótica dos participantes, perpassa pela expressão "É a doença dos rins. Pelo o que a minha mãe explicou faz os rins parar. A pessoa para de urinar, para de filtrar o sangue. E ocorre de ter que fazer diálise [...]" (NÚBIA).

Compreendemos que as concepções manifestadas pelas famílias são provenientes, de maneira enfática, do cenário da HD na qual o familiar encontra-se cadastrado, protagonizando o conhecimento do leigo sobre a DRC.

Leininger compreende que o enfermeiro precisa assimilar e valorizar a visão popular do leigo, para construir o cuidado de enfermagem congruente com sua cultura. A autora faz menção a um conhecimento biomédico que é hegemônico, mas que não é a única forma de expressão do saber em saúde. Com isso, é necessário fazermos uma contraposição das concepções ditas "científicas" e que circulam no interior das instituições de saúde em prol da saúde do indivíduo, família e comunidade com os saberes e práticas emanados pelos usuários dos serviços de saúde (LEININGER, 1991).

Leininger debate a existência de sistemas de saúde diversificados, de um lado os sistemas populares e do outro os sistemas profissionais, com conhecimentos em saúde próprios que se deixam interagir, permitindo trocas. Ela nos alerta sobre a existência das práticas de saúde popular (*generic care practices*), ou seja, não profissional, e que se configuram no modo de cuidado ao ser humano, que é inerente à sua existência, por meio de uma prática nova de cuidado alternativo que tem sido usada pelas pessoas e que traz benefícios para elas (LEININGER, 1997).

Emerge a imperatividade de construção em conjunto com as famílias, em questão de uma base de informações que ampliem as ferramentas para o cuidado com a saúde, em especial, porque a DRC assenta-se no fator hereditário e os familiares dos pacientes renais crônicos estão incluídos no grupo de risco importante para desenvolver a referida doença.

Entretanto, acreditamos que não seria suficiente ao profissional apenas "passar conhecimento". Para Azevedo *et al.* (2018), a prática educativa entre profissional e família deve ocorrer de forma integrada, valorizando o diálogo, a problematização e a liberdade de expressão na busca do processo de conscientização.

O enfermeiro, na concepção de Leininger, colabora para que o ser que encontra sob seus cuidados avance em seus saberes, respeitando seus valores, suas crenças, enfim, sua cultura. As informações existentes no campo da saúde são relevantes para os sistemas de saúde popular e profissional, em particular, no contexto das doenças crônicas, nos quais

que mudar comportamentos culturalmente instituídos, torna-se relevante para o controle dos fatores de risco desta patologia.

Observamos este aspecto imbricado nos relatos, como no seguinte trecho:

> Estou me cuidando melhor, não tô cem por cento, mas eu me esforço. Tento tomar meus remédios nos horários todos os dias. Como melhor porque antes eu só comia na rua, agora eu tenho até medo de comer na rua. Quando eu vou comer... Assim... É... Porque eu esqueço, aí, eu lembro e se tem um pouquinho de sal eu largo para lá. Antes, eu emburacava mesmo! Eu trabalhava com festa, comia torresmo [...] (SÍLVIO).

Observamos a sinalização de um novo comportamento, convergente para a saúde e o bem-estar. Por isso, a reestruturação ou repadronização do cuidado deve ocorrer, segundo Leininger, com o objetivo de darmos assistência, apoio e suporte para o indivíduo ou habilitação profissional nas decisões e ações que o auxilie a reordenar, mudar, modificar ou reestruturar seus hábitos de vida para instituir melhores práticas, visando benefícios para a saúde do ser cuidado, respeitando suas crenças e seus valores (LEININGER, 1997).

Reforça-nos o entendimento de que o enfermeiro deve incluir em sua prática com os familiares de pessoas com DRC, ações direcionadas à educação para a saúde que lhes estimulem o desejo de se cuidarem e assumirem comportamentos preventivos e de promoção da saúde.

3.2 Doença renal crônica: "é assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela"

Um entendimento que tivemos ao observarmos o contexto familiar foi que o adoecimento de um dos integrantes, principalmente os que estão em tratamento hemodialítico, provoca alterações importantes na vida destes sujeitos, gerando uma desordem em sua organização e funcionamento.

> A hemodiálise mexe com a estrutura da família. Não só pela hemodiálise, mas pelos outros problemas que ela [a mãe] tem. Acompanhamos ela na hemodiálise, ela vai de ônibus. Tem que pegar duas conduções. É cansativo. Para ir na HD, tem que dá volta na cidade, é complicado. A gente fica preocupada dela passar mal na rua, sentir alguma coisa, né? Dentro de casa, por exemplo ela já passou mal comigo um monte de vezes. Agora estou presa por causa do cuidado com a filha e com a mãe [...] (ROSÁRIA).

Isso corrobora para o de que o adoecimento se estabelece como uma experiência particular e única para o indivíduo e sua família, constituído por vários significados experimentados por cada sujeito em seu cotidiano sociocultural, sendo compartilhada de forma intensificada com a família.

Observamos ao vivenciarmos o ambiente da HD, na primeira etapa da pesquisa, que ele é envolto por uma variedade de sentimentos, oportunidades e restrições. Identificamos juntamente com os informantes que os benefícios oriundos do tratamento hemodialítico são vários, principalmente, a manutenção da vida. A fala abaixo evidencia a importância do

tratamento hemodialítico para a vida do indivíduo.

> Lógico! N*ão é um mar de rosa, mas para* o tamanho socorro que é trazer a função de um órgão, eu acho que tá sendo tudo, porque se não tivesse o que seria deles, só seria a morte. É um socorro assim excelente. Precisa de muitos cuidados. É assustadora, mas tratando, cuidando é possível viver com ela [...] (ROBERTA).

Ficou claro para nós, que os informantes manifestam a existência de pontos positivos inerentes ao tratamento hemodialítico, em particular para o organismo do indivíduo, embora este tratamento mostra-se como sendo desafiador para o sujeito que dela depende, repercutindo no contexto de vida de suas famílias, configurando-se como um paradoxo.

O enfermeiro tem o desafio da negociação, enquanto um elemento que compõe o pensamento de Leininger sobre a vivência das pessoas com o processo saúde doença. O processo de negociação ou acomodação do cuidado cultural é definido por Leininger como à promoção de cuidados e decisões profissionais para assistir, dar suporte, facilitar ou habilitar o profissional nas decisões e ações que o auxilie às pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com outras formas culturalmente congruentes, seguras e eficazes no cuidado à saúde, ou para lidar com a doença ou a morte (LEININGER, 1997).

Diante da possibilidade imaginária dos familiares virem a necessitar de HD, em algum momento de sua vida transparece a dificuldade e a resistência deles em aceitarem o tratamento. Assimila-se que as pessoas e a sociedade apresentam culturalmente dificuldades para lidar e enfrentar as doenças crônicas que precisam de tratamento contínuo (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018; VIEGAS *et al.*, 2016).

Podemos compreender que os familiares de pessoas com DRC, que as acompanham rotineiramente sem sua trajetória para obtenção do tratamento de hemodiálise, necessitam de suporte e não reconhecem em suas experiências de buscas de cuidados, que existam políticas ou serviços de apoio.

3.3 "Num primeiro instante, o socorro que eles dão num primeiro momento é que teria que ser permanente": experiência da família no serviço de hemodiálise

O cuidado de enfermagem apareceu como uma categoria de análise e torna-se relevante trazê-lo à tona, correlacionando-o com as estratégias de cuidados entre o indivíduo em tratamento hemodialítico, sua família e a equipe de enfermagem.

No cenário da HD, do ponto de vista dos familiares participantes, o papel da equipe de enfermagem é fundamental. Rosa, a mãe de MARIA iniciou uma abordagem sobre a sua percepção sobre o trabalho da enfermagem na hemodiálise:

> Eu acho que merecia nota mil, são os enfermeiros, porque eles estão o tempo todo ali, com eficiência, quando os médicos chegam, muitas vezes, eles já resolveram o problema. Então, nós temos que dar um valor grande, principalmente para os enfermeiros. É dom mesmo mexer com nefrologia, principalmente com hemodiálise. Acho que é o pedacinho mais difícil da

> profissão deles [...] (MARIA).

Extraímos no trecho da fala de Maria, a existência de uma avaliação positiva do trabalho da Enfermagem no âmbito do tratamento hemodialítico, em especial, relacionados aos procedimentos técnicos envolvidos com esta modalidade de tratamento.

Porém, observamos que há um tempo ocioso em que a equipe aguarda o curso da sessão de HD e que na visão de alguns informantes-chave, este tempo poderia ser utilizado para ações de educação em saúde, comunicação, escuta terapêutica, além de momentos de entretenimentos.

> Já que a gente fica lá quatro horas, eu não enxergo bem, mas ter atividades, tipo aula de leitura. Uma pessoa que tivesse lá para deixar o pessoal mais aceso, levantar o astral da gente... Sei lá, arrumar alguma pessoa que já foi transplantada para dar uma palestra, para mostrar o pessoal que o transplante existe... Pegar um livro para ler, não é só colocar a televisão, não tem mais atividade nenhuma, ou você vê a televisão ou você dorme [...] (SÍLVIO).

Encontramos nas respostas desses pacientes, várias situações que poderiam ser trabalhadas, para que a sessão de HD se transformasse em um momento que transcende o procedimento técnico e trouxesse outros ganhos para as pessoas submetidas a esta terapêutica.

O avanço tecnológico que envolve o tratamento pode favorecer a mecanização da assistência e o distanciamento entre a equipe de enfermagem da pessoa cuidada, culminando com a perda de momentos ricos de interação e trocas com eles, que, por sua vez, manifestam desejos de receberem cuidados para além dos procedimentos técnicos, e os reconhecem, como ilustramos com uma citação da participante Roberta:

> Num primeiro instante, o socorro que eles dão no primeiro momento é que teria que ser permanente. Eu vi que não é. Quando cheguei lá fiquei muito assistida... Aquela segurança que eu tive nos primeiros dias, porque eu falei nem tudo aqui tá perdido meu Deus, aqui eles dão assistência à família. Num tem mais, eu não vejo mais [...] (ROBERTA).

Analisamos que este e outros relatos semelhantes expõem a necessidade de que o cuidado de enfermagem aborde não apenas o paciente, estendendo-se ao familiar com sentido de escutá-los, confortá-los, problematizar suas vivências, orientá-los, encaminhá-los aos serviços mais específicos ou, quando em condições limitadas, ao menos transmitir que se está junto. Ao refletir sobre este aspecto indagamos: como a Enfermagem, cuja essência é o cuidado, tem estado próxima ou cuidando para além do paciente e incluindo sua família, considerando-se a sua inserção cultural?

Ventura *et al*. (2012) propuseram que o enfermeiro na edificação do seu papel na sociedade deve desenvolver ações que transcendem as efetivações das técnicas específicas da Enfermagem para uma prática social, transformando-se em um agente político e de cidadania, defendendo o ser cuidado no contexto da saúde.

Ao observarmos e ouvirmos estas famílias, torna-se significativa a expressão, por

vezes fluente, no discurso acadêmico de nossa formação, de que “cuidarmos do ser humano e não apenas da sua doença”. Pareceu-nos, ainda insipiente, a interlocução entre a prática profissional, que oferta cuidados pelo manuseio dos avanços tecnológicos (tratamento em hemodiálise), com a prática que ressignifica o cuidado para dimensões mais afetivas e apoiada por referenciais próprios.

3.4 “Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada”: trajetória da família na rede de atenção à saúde

Leininger defendeu a valorização da atuação integrada e interdisciplinar na prática a ser cultivada nos serviços de saúde, como estratégias para a articulação entre os diferentes saberes, buscando ações colaborativas e solidárias com os usuários, abordando-os em sua totalidade (LEININGER, 1997).

Desde os anos 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem alcançado relevantes vitórias neste sentido, alicerçadas na busca de uma nova formação social, almejando a promoção do bem-estar de todas as pessoas. Acreditamos que a ação em saúde deve instituir-se em uma relação de respeito e solidariedade entre os atores envolvidos, a fim de resultar em uma responsabilidade mútua, a partir de um agir transformador, emancipatório e humanizado (MERCADO-MARTINEZ *et al.*, 2015).

Contudo, mesmo com os avanços do SUS, possibilitar uma assistência integral e resolutiva as pessoas em hemodiálise, tem sido um desafio. Tal como observamos, outro estudo também encontrou a existência de fragmentação da assistência ao usuário, quando considerado os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tornando esta muitas vezes exclusiva do serviço de diálise (LEONE; FARAH; CASTRO, 2021).

Entretanto, a experiência de Joel, registrada a seguir, deixa uma preocupação:

> O que acontece... é igual o dia que fiquei sabendo... lá as doutoras falaram porque eu não procurei o médico antes, sabendo que eu ***tava*** com aquilo ali. A médica falou: você sempre soube que era crônico, então por que você não procurou? Mas quem quer isso? Ir para uma máquina. A médica falou que eu que ***tava*** errado, sempre chamando atenção. Aí, tinha um exame do ano anterior. Levei lá, o médico e até conhecido dela. Mas o nefro é o último médico que a gente chega, porque é encaminhado, mesmo nesse grau da doença, eu quase que eu não consegui [...] (JOEL).

Ao analisar a citação de Joel, observamos que o profissional de saúde que o atendeu o culpabiliza por ter procurado o serviço especializado de nefrologia apenas na fase avançada da DRC. Embora, como relatou, ele já tivesse passado por atendimentos de outros profissionais e realizado exames. Contudo, a doença não tinha sido diagnosticada de forma precoce. Além disso, mesmo estando em fase avançada da doença, houve dificuldade para o seu problema ser compreendido, bem como para o encaminhamento ao serviço especializado em nefrologia.

Este aspecto possibilita-nos concordar que a atenção básica ainda não se

estabelece em sua plenitude (VIACAVA *et al*., 2018), colocando a mostra a dificuldade para a reorientação do modelo assistencial, circulando a concepção de saúde do usuário voltada para a doença e medicalização e não se preocupando, de maneira ideal, com as ações de promoção da saúde e de prevenção de doença, repetindo um “hábito/comportamento” aprendido em seu cotidiano.

Consideramos pertinente, no âmbito desta discussão, apresentarmos como os participantes conceberam o sistema de saúde, considerando-se as suas experiências de busca de cuidados em outros serviços, contribuindo para uma compreensão de como tem sido a atuação da atenção básica:

> O posto tem o lado bom e ruim, principalmente, na demora de encaminhamento [...] (DAVI).
>
> A saúde entra todo ano e eles falam que vai melhorar, mas nunca melhora nada. Toda vez que você precisa é uma dificuldade danada. Eu acho, para mim é precário, para mim não mudou nada, tá sempre a mesma coisa [...] (DIEGO).

Corroborando com nosso achado, em estudo realizado com 19 pessoas em diálise peritoneal, evidenciou-se que os cuidados de pessoas com DRC demandam a interface de entre o serviço especializado e a atenção básica. Contudo, por vezes estes pacientes ficam desatendidos devido às particularidades do tratamento e da doença, sendo essa situação também relacionada à falta de conhecimento dos profissionais da atenção básica no que se refere à diálise (LEONE; FARAH; CASTRO, 2021).

Frente a essa complexidade, o enfermeiro tem um desafio para sua atuação. Em primeiro lugar, precisa lutar politicamente pela efetivação prática do SUS em sua totalidade, trabalhar para que a população tenha acesso à saúde e colaborar para a integralidade da assistência.

Estes aspectos possibilitam-nos reforçar a importância de compreendermos nossos pacientes e seus familiares estão inseridos em um contexto cultural e demandam ações em um sistema de saúde que se organiza também segundo uma cultura de oferta de cuidados, que põe à mostra fragilidades.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou-nos compreender os saberes de familiares e de pessoas em hemodiálise sobre o tratamento, a doença renal crônica, e cuidados domiciliares. Assimilamos a importância da cultura no contexto de vida dos informantes, seus reflexos no processo saúde/doença e, consequentemente, nas construções de ferramentas para a busca do bem estar.

Compreendemos que as famílias valorizam o cuidado de enfermagem numa dimensão técnica, em particular no contexto da hemodiálise, porém carecem de um cuidado que se faz de modo interativo e horizontal entre sujeitos valorizando o humano e

sua cultura.

Esta etnografia não estudou especificamente a prática do enfermeiro que atua na APS sob o seu ponto de vista, mas refletiu sobre ela, tendo por base a experiência e pontos de vista de um grupo de pessoas que vivenciam a DRC e seu tratamento, e demandam-lhes os serviços. Este aspecto limita as generalizações sobre outras realidades até mesmo fazermos proposições mais contundentes para prática do enfermeiro, entretanto nossos achados instigam reflexões sobre ela, alicerçada numa dimensão cultural.

Contribuem, também, com reflexões que possibilitam fomentar um cuidado de enfermagem que dê relevância ao acolhimento das pessoas, à interação, ao compartilhamento de saberes e as experiências entre os sujeitos culturais. No que se refere ao paciente com DRC, é necessário avançarmos para a abordagem à pessoa, incluindo a família e a comunidade com vistas à promoção da saúde, ao enfrentamento da Doença Renal Crônica, tanto no que se refere à sua prevenção quanto no tratamento, facilitando os processos de mudanças necessários para a aquisição do bem-estar.

Ciente da relevância destas interlocuções, e consciente da dimensão cultural em que está inserida, a Enfermagem deve afinar-se com os saberes de pacientes e familiares, tomando como instrumento orientador de sua prática, os aspectos culturais que determinam o estilo de vida e modo de se autocuidar.

Novas questões surgiram sinalizando para desenvolvimento de outras pesquisas dentre elas, a prática educativa na ótica de enfermeiros que dispensam cuidados a pessoas com DRC numa concepção de saúde da família, prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. de *et al*. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 471-478, fev. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.03572014. Acesso em: 16 set. 2021.

AZEVEDO, P. R. de *et al*. Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 260-267, jan. 2018. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5013. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. p. 59.

______. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2014. p. 37. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf. Acesso em: 04 out. 2021.

BRIÑEZ ARIZA, K. J.; RODRÍGUES L. M. Experiencias de cuidado cultural em personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. **Cultura de los Cuidados**, Alicant, v. 20, n. 45, p. 81-90, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.09. Acesso em: 15 set. 2021.

CALDERAN, C. *et al*. Self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental,** Rio de Janeiro, p. 3394-3402, 1 jan. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2030/pdf_699. Acesso em: 28 ago. 2021.

FERRAZ, F. H. R. P. *et al*. Diferenças e desigualdades no acesso a terapia renal substitutiva nos países do BRICS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2175-2185, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.00662017. Acesso em: 14 set. 2021.

FERREIRA, J. K. de A. *et al.* Knowledge: disease process in patients undergoing hemodialysis. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medelin, v. 36, n. 2, p. 1-10, 15 jun. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e04. Acesso em: 09 set. 2021.

GOMES, M. M. B; CAVALCANTE, S; ALEXANDRE, A. C. Etnoenfermagem: um diálogo entre enfermagem e cultura. **Ciênc. Saúde**, São Luís, v. 21, n. 2, p.15-24, 2019. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/viewFile/9263/9446. Acesso em: 14 set. 2021.

KALANTAR-ZADEH, K. *et al*. Chronic kidney disease**. The Lancet,** , v. 398, n. 10.302, p. 786-802, ago. 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00519-5. Acesso em: 01 set. 2021.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. *et al*. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, , v. 25, n. 1, p. 59-74, mar. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000100005. Acesso em: 14 set. 2021.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. New York: Jones and Barlett Publishers, 1991.

______. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **Journal of transcultural nursing**, Memphis, v. 8, n. 2, p. 32-52, jan./jun.,1997. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104365969700800205. Acesso em: 04 out. 2021.

LEONE, D. R; FARAH, B. F; CASTRO, E. A. B. de. Home peritoneal dialysis: interlocations between users and health care network services. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental,** Rio de Janeiro, v. 13, p. 1316-1322, 1 set. 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10001. Acesso em: 15 set. 2021.

LUYCKX, A. V.; TONELLI, M.; STANIFER, J. W. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. **Policy & Practice**, v. 96, n. 6, p. 414-422, 20 abr. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.2471/blt.17.206441. Acesso em: 10 set. 2021.

NEVES, P. D. M. de M. *et al*. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Brazilian Journal of Nephoroly,** p. 191-200, 2020. Disponível em: https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-2019-0234/2175-8239-jbn-2019-0234-pt.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

ROCHA, R. de P. F.; SANTOS, I. dos. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 423-433, set./dez., 2009. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/444. Acesso em: 17 set. 2021.

SILVA, P. A. B. *et al*. Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1-6, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708. Acesso em: 10 ago. 2021.

VENTURA, C. A. A. *et al*. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/ZfDGS7CPNvMbrrYpkrTzPBS/?lang=pt. Acesso em: 04 out. 2021.

VIACAVA, F. *et al*. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2018.

VIEGAS, A. C. *et al*. Expectativas sociais vivenciadas pelo adulto jovem com a doença renal crônica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4850-4856, jul. 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4411. Acesso em: 05 mai. 2018.

CAPÍTULO 11

EXPOSIÇÃO AO CÂNCER DE PÊNIS: A VISÃO DE PORTADORES DE VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 02/09/2021

Maria Lúcia Neto de Menezes
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/2426171653087101

Maria das Neves Figueiroa
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/4392419469040117

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/8814068290329233

Evelliny da Silva Metódio
Hospital Regional Dom Moura
Garanhuns - Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/3901419737154770

Renato Daniel Melo da Silva
Programa de Residência em Enfermagem
Obstétrica da Prefeitura do Recife
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/3629323876260133

RESUMO: Este é um estudo epidemiológico transversal que analisa o conhecimento sobre o câncer de pênis entre os pacientes portadores do vírus do papilomahumano (HPV), acompanhados no Centro de Referência para Tratamento Urológico de Arcoverde-PE. A população deste estudo foi constituída por 27 homens com diagnóstico médico de infecção genital por HPV no período entre 2008 e 2013. A idade variou entre 20 e 49 anos e a maioria era parda, casada e de baixa condição socioeconômica; além disso, a maior parte dos indivíduos estava infectada há mais de 1 ano e houve recorrência de infecção por HPV. Identificou-se que 77,8% dos pacientes desconheciam a relação entre o HPV e o câncer de pênis. Além da infecção por HPV,destacaram-se como fatores de risco do câncer de pênis o tabagismo e o sexo sem proteção. A prevalência de câncer de pênis na amostra foi de 4%. Concluiu-se que os portadores do HPV conheciam o câncer de pênis, mas não associam essa patologia à necessidade de adotar tratamentos mutilantes.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Penianas, Saúde do Homem, Papilomavírus Humano.

EXPOSURE TO PENILE CANCER: THE VIEW OF PATIENTS WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS

ABSTRACT: This is a cross-sectional epidemiological study that analyzes knowledge about penile cancer among patients with human papillomavirus (HPV), monitored at the Reference Center for Urological Treatmentof Arcoverde, Pernambuco, Brazil. The population of this study consisted of 27 men with a medical diagnosis of genital HPV infection within the period between 2008 and 2013. Age ranged between 20 and 49 years and most men were brown-skinned, married, and had a low socioeconomic status; also, most individuals were infected for more than 1 year and there was recurrence of HPV

infection. We identified that 77.8% of the patients were unaware of the relationship between HPV and penile cancer. In addition to HPV infection, smoking and unprotected sex stood out as risk factors for penile cancer. The prevalence of penile cancer in the sample was 4%. We concluded that HPV patients knew about penile cancer, but they did not associate this disease with the need to adopt mutilating treatments.
KEYWORDS: Penile Neoplasms, Men's Health, Human Papillomavirus.

1 I INTRODUÇÃO

O câncer, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, vem se tornando cada vez mais comum no mundo todo e pode causar danos devastadores. Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o câncer é um grave problema de saúde pública, responsável por mais de 6 milhões de óbitos por ano, o que representa aproximadamente 12% de todas as causas de morte no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a distribuição de mortes por câncer pelo mundo não é homogênea. Os dados mostram um aumento de 15% para 25% na taxa de mortalidade dos países desenvolvidos. Já nos países em desenvolvimento se observam taxas menores, porém, crescentes, com expectativa de aumentar de 5,4 milhões, em 2000, para 9,3 milhões, em 2020, de acordo com projeções populacionais. (BRASIL, 2012; GARÓFOLO; AVESANI; CAMARGO *et al.*, 2004; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

A incidência dessa patologia está relacionada diretamente à região pesquisada, ou seja, países desenvolvidos possuem menor taxa de incidência, em contraste com a alta incidência nos países em desenvolvimento. O Brasil é o país com a maior incidência de câncer de pênis do mundo e a frequência dessa neoplasia varia de acordo com a região abordada. O Instituto Nacional de Câncer (Inca) estimou mais de 4.600 casos de câncer de pênis no país em 2009, sendo a região Nordeste a mais prevalente. No Brasil, o câncer de pênis representa 2% de todos os casos de câncer na população masculina, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste do que nas regiões Sul e Sudeste. Vale ressaltar que, nessas regiões de maior incidência, o câncer de pênis chega a superar os casos de câncer de próstata e de bexiga. (CARVALHO; KANNENBERG; MUNARETTO *et al.*, 2007; PAULA; NETTO; CRUZ *et al.*, 2005; SOUZA; CATÃO, 2016; BRASIL, 2008).

Estudos sugerem uma associação entre o câncer de pênis com fimose e vírus do papiloma (HPV), sendo estes considerados os fatores de risco mais importantes ao câncer peniano. Segundo Reis *et al* (2010) a presença do HPV em carcinomas de pênis foi demonstrada pela primeira vez, no Brasil, na década de 1980. Estudos moleculares demonstram que mais de 50% dos carcinomas de pênis apresentam DNA de HPV, prevalecendo os tipos virais oncogênicos 16 e 18.

Ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, associadas à atenção terciária com foco na ação curativa, mostram-se prioritárias para diminuir os índices de doenças crônicas, principalmente quando se fala do câncer, que tem apresentado um

aumento em seus indicadores. Tal aumento reflete a crescente prevalência da exposição a fatores de risco, devido ao intenso processo de urbanização da população brasileira. Essa urbanização caracteriza-se pelo aumento do consumo de alimentos industrializados e diminuição da atividade física e mudança do estilo de vida. (CESTARI; ZAGO, 2005).

Considerando que a ausência ou deficiência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão e os comportamentos que consolidem ações de promoção à saúde do homem, optou-se por desenvolver uma análise do conhecimento sobre o câncer de pênis entre portadores do HPV acompanhados no Centro de Referência para Tratamento Urológico de Arcoverde.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi desenvolvida na cidade de Arcoverde, Sertão do Moxotó, Pernambuco, a 240 km da capital do estado, Recife, no Ambulatório Regional de Especialidades Médicas Dr. Paulo Siqueira, conhecido como PAM; trata-se de uma instituição de gestão mista, com colaboração entre o Estado de Pernambuco e o Município de Arcoverde, que funciona no prédio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como anexo do Hospital Regional de Arcoverde.

A população deste estudo foi constituída por homens que foram acompanhados no PAM, por urologistas e/ou dermatologistas, com diagnóstico médico de infecção genital por HPV. Para efeito de estimativa da amostra, utilizou-se a média mensal de atendimentos médicos a homens nas especialidades de dermatologia e urologia, ao longo de 6 anos (2008 a 2013), que corresponderam a 288 usuários, com o cálculo amostral correspondeu a 55 sujeitos.

Nossa amostragem foi probabilística. Os critérios de inclusão foram: homem, independentemente da faixa etária; diagnóstico médico de HPV genital; residente em Arcoverde; anuência de participação na pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: pacientes portadores de qualquer condição física ou psíquica que inviabilizasse a sua efetiva participação na pesquisa (compreender e responder as perguntas); e sujeitos que não estavam presentes no município durante o período da coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada em setembro de 2013, por meio de consultas ao arquivo médico do PAM e recorrendo a entrevistas nos domicílios dos pacientes que aceitaram participar no estudo. Foi utilizado formulário para entrevista elaborado pelos autores, contemplando 25 perguntas objetivas e subjetivas, com variáveis relativas aos dados do perfil sociodemográfico, comportamento sexual, diagnóstico médico e tratamento do HPV, conhecimento sobre o câncer de pênis e pesquisa de fatores de risco.

As questões éticas foram tratadas conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

PROPEGE/UPE, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 17823613.3.0000.5207 e o Parecer n. 351.048.

3 I RESULTADOS

No Ambulatório de Urologia do PAM, foram analisados 27 casos de pacientes com lesões por HPV, tratados entre 2008 e 2013. O levantamento do perfil dos pacientes (Tabela 1) possibilitou constatarmos que os pacientes tinham de 20 a 49 anos (100%), declaravam-se pardos (66,7%), tinham renda familiar de 1 até 5 salários-mínimos (100%), eram solteiros (44,4%) ou casados/estavam em união estável (44,4%), eram ativos sexualmente (88,9%), eram heterossexuais (100%), não usavam preservativo regulamente (55,5%) e tinham 2 ou mais parceiros íntimos (33,3%).

Variáveis	n	%
Idade		
20 a 49 anos	27	100
Cor		
Pardos	18	66.7
Brancos	09	33,3
Renda Familiar		
01 a 05 salários mínimos	27	100
Estado Civil		
Solteiro	12	44.4
Casado / União Estável	12	44.4
Separado/ Divorciado	03	11,2
Vida sexual ativa		
Sim	24	88,9
Não	03	11,1
Referência sexual		
Heterossexual	27	100
Uso de preservativo - Condom		
Sim	12	44.5
As vezes	09	33,3
Não	06	22,2
Número de parceiros – últimos 3 meses		
Única	18	66,7
2 a 3	06	22.2
4 ou mais	03	11.1

Tabela 1. Características sócio-demográficas e dados relativos ao comportamento sexual dos pacientes portadores de HPV acompanhados em ambulatório de Urologia. Arcoverde, 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.
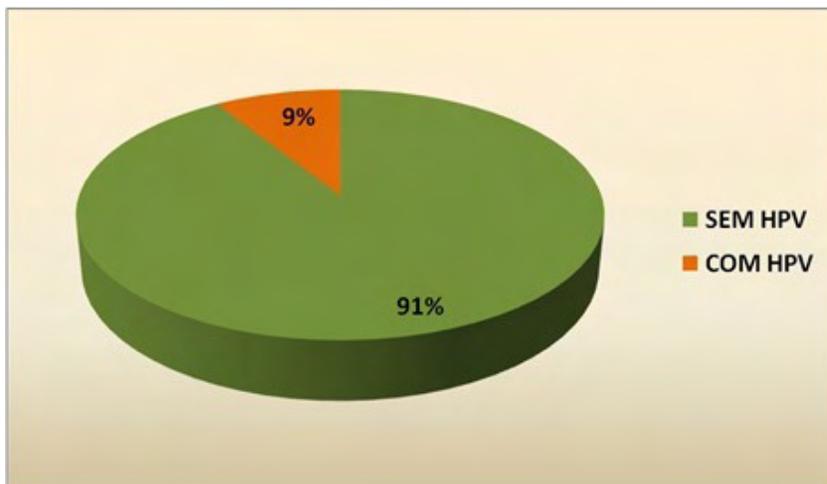
Gráfico 1 : Prevalência de portadores de Lesões por Papíloma Vírus entre usuários de Ambulatório de Urologia, Arcoverde, 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.

A análise do perfil dos pacientes (Tabela 2) permitiu identificarmos que a maioria apresentava antecedentes de doença sexualmente transmissíveis (DST) (44,5%), estavam infectados pelo HPV há mais de 1 ano (55,6%), e tinham histórico de recorrência do HPV (55,6%). Considerando a análise do tratamento adotado, a aplicação do ácido tricloracético (ATA) foi citada por 33,3%, seguida do uso de podofilina/ácido acetilsalicílico e ácido láctico (44,5%). A dificuldade para realizar o tratamento ocorreu em 66,7% das respostas, com tratamento no município em 88,8% dos casos e com parceiro investigado em 66,7% dos casos.

Variáveis	n	%
Antecedentes de DST		
Sim	12	44,5
Não	12	44.5
Não sabe informar	03	11,0
Tempo de exposição ao HPV		
Mais de 1 ano	15	55.6
Menos de 1 ano	06	22.2
Não sabe	06	22,2
HPV – infeccão recorrente		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Tipo de tratamento submetido		
Aplicação de Ácido Tricloracético - ATA	09	33,3
Outros: Podofilina / AAS + Ácido Láctico	12	44,5
Não sabe ou não tratou	06	22.2
Dificuldade para realizacão do tratamento		
Sim	18	66,7
Não	09	33.3
Tratamento fora do município		
Sim	03	11,2
Não	24	88.8
Parceiro investigado para HPV		
Sim	18	66.7
Não	09	33.3

Tabela 2. Características dos sujeitos, relacionadas a ocorrência da infecção pelo HPV e o tratamento adotado, entre usuários do ambulatório de Urologia. Arcoverde. 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.

Os entrevistados, em sua maioria (88,8%), já ouviram falar sobre o câncer de pênis, mas não conheciam o tipo de tratamento adotado (88,8%). Também desconheciam a relação do HPV com o câncer pênis (77,8%) e 44,4% não acreditavam estar expostos ao câncer de pênis pelo fato de estar contaminado pelo vírus HPV (Tabela 3).

Variáveis	n	%
Já ouviu falar sobre câncer de pênis		
Sim	24	88.8
Não	03	11,2
Conhece o tipo de tratamento do câncer de pênis		
Não	24	88.8
Sim	03	11,2
Sabe se há relação entre HPV e câncer de pênis		
Não	21	77.8
Sim	06	22,2
Acredita estar exposto ao câncer de pênis		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4

Tabela 3. Conhecimento sobre câncer de pênis entre os portadores de HPV, usuários do ambulatório de Urologia. Arcoverde, 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.

O Gráfico 2 destaca que o tabagismo foi o fator de risco para o câncer de pênis (exceto o HPV) de maior exposição entre os entrevistados (66,7%), seguido pelo sexo desprotegido (55,5%). Figuraram também entre os fatores de risco, contudo, numa menor prevalência, fimose e higiene precária. A prevalência do câncer de pênis, entre portadores de HPV (amostra estudada durante 6 anos) foi de 4% (Gráfico 3).
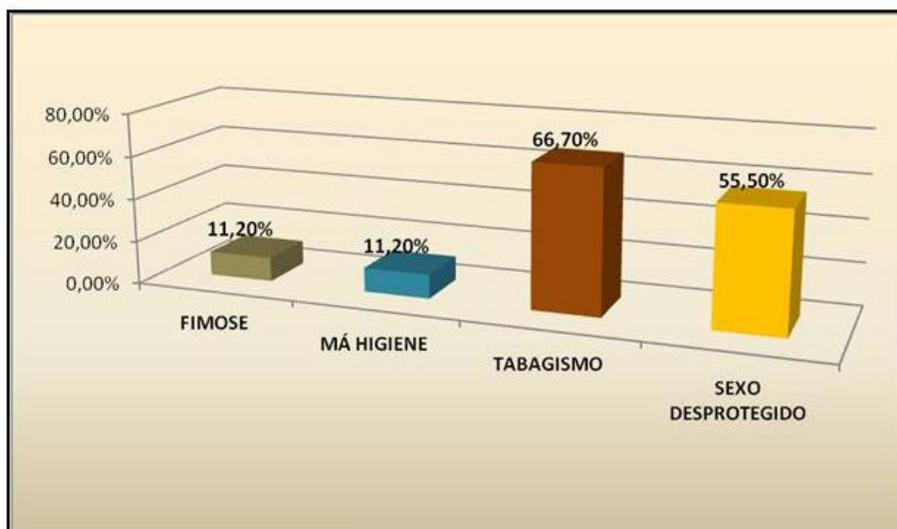
Gráfico 2: Prevalência de outros fatores de risco para o câncer de pênis nos portadores de Lesões por HPV acompanhados no Ambulatório de Urologia. Arcoverde, 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.
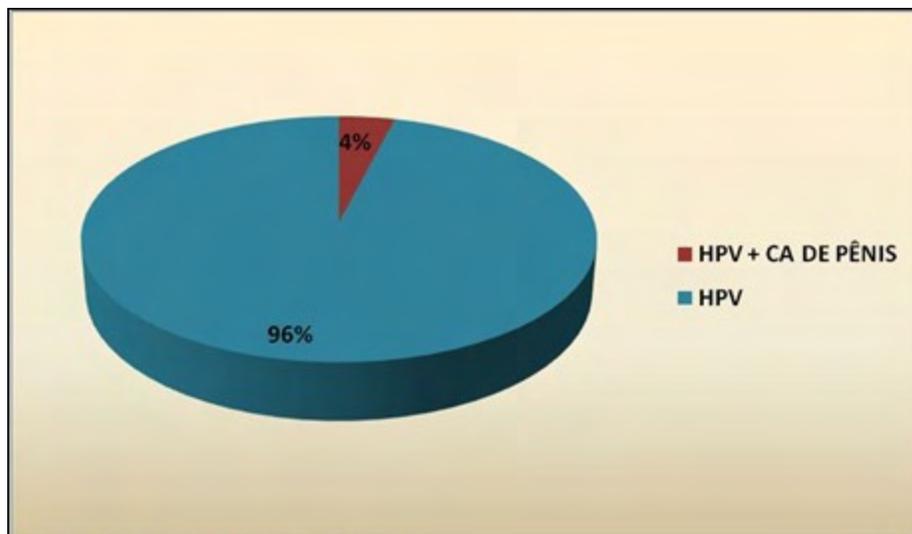
Gráfico 3: Prevalência de Câncer de Pênis nos portadores de Lesões por Papíloma Vírus entre usuários de Ambulatório de Urologia. Arcoverde, 2013.

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS - PAM - ARCOVERDE.

4 I DISCUSSÃO

A análise da amostra revelou a existência de homens infectados pelo HPV com faixa etária média < 60 anos, o que corrobora os dados da literatura, onde há registro de incidência dessa infecção entre homens com idades de 18 e 28 anos, ou seja, em homens jovens, sexualmente ativos e com comportamento sexual de risco, especialmente múltiplos parceiros, e aqueles expostos a outras DST. (REIS *et al.*, 2010; BUOSI; OLIVEIRA, 2007; CHAVES; VIEIRA; RAMOS, 2011; REIS, 2005).

A prevalência do HPV em homens sadios varia de 8 a 30% (GIULIANO; TORTOLERO; FERRER *et al.*, 2008), número semelhante ao encontrado neste estudo. Entretanto, esse número deve ser, de acordo com a literatura, ainda maior e crescente, quando considerado o potencial de transmissão viral e a mudança global de comportamento humano, favorecendo a exposição sexual.

Os achados deste estudo evidenciaram homens com HPV há mais de 1 ano e recorrente na maioria dos casos. Isso pode estar associado ao fato de que a infecção pelo HPV é em geral assintomática ou não aparente e mesmo com o avanço da lesão, a princípio, é indolor. Esse fator faz com que os homens, não procurem assistência à saúde de imediato, mas somente quando já estão infectados há algum tempo, dificultando o controle da doença. (ARCOVERDE; WALL, 2005). Além disso, culturalmente, o homem é menos preocupado com a saúde e desvaloriza o auto cuidado, dificilmente percebe-se como paciente e com frequência nega a possibilidade da doença, procurando assistência à saúde em última instância, pois, ao assumir sua doença, assumiria um papel passivo,

dependente e frágil. Na infecção do HPV, essa relação não é diferente. (ARCOVERDE; WALL; 2005; GOMES; NASCIMENTO; REBELLO *et al.*, 2008). O tratamento adotado na maioria dos casos foi o ATA e a podofilina, descritos na literatura como medicamentos para tratamento padrão e de maior segurança. (CARVALHO, 2004).

A peniscopia é o exame da genitália externa (pênis), por meio de peniscópio e soluções como o ácido acético a 5% (ROBERTO, 2005) e permite visualizar lesões acuminadas verrucosas clássicas, incluindo lesões mínimas; lesões papulares que podem exibir além do aspecto papular, pontilhados vasculares visíveis em graus variáveis, ou simplesmente uma reação acetopositiva; lesões planas acetopositivas. (CHAVES; VIEIRA; RAMOS *et al.*, 2011). Alguns autores também relatam que a peniscopia evidencia muitos achados inespecíficos, portanto, esse método não pode confirmar quem está infectado de fato (ROSENBLATT; LUCON; PEREYRA *et al.*, 2004). Essas informações podem justificar o número reduzido de registros desse exame em nossa amostra.

Chamou atenção o relato de pacientes sobre a dificuldade para realização de tratamento. Isso se deve ao fato de que muitas unidades de saúde têm baixa capacidade de solução de problemas e trabalham com agendamento de consultas, destinando pouco ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, além de não reconhecer as DST sintomáticas como casos de emergência. Esse achado restringe a acessibilidade aos serviços, levando os homens portadores de DST a procurar outros meios para resolução dos seus problemas.(BRASIL, 2006).

Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas. A assistência às DST deve ser integrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pelas unidades básicas de saúde (UBS) e pelos serviços de referência regionalizados. A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é que a atenção primária à saúde (APS), por meio das ações informativas/educativas desenvolvidas na comunidade e nas UBS, promoverá maior conscientização da população em relação às DST. Consequentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de DST e seus parceiros, tornando as UBS as portas de entrada para esses pacientes, reduzindo, assim, a automedicação e a procura de farmácias para lidar com problemas relacionados à saúde. (BRASIL, 2006).

Dentre os indivíduos infectados, 1/3 não tiveram análise dos parceiros sexuais, fato que revela baixa qualidade de assistência à saúde por inviabilizar a interrupção da cadeia de transmissão de DST, tendo em vista que a detecção precoce dos casos é vital para a promoção da saúde. Além disso, o aconselhamento de pacientes com DST se mostra fundamental para que os indivíduos adotem comportamentos de prevenção à saúde voltados a si e aos seus parceiros sexuais, evitando, assim, a ocorrência de novos casos. (BRASIL, 2006).

A prevalência de câncer de pênis foi de 4% em nossa amostra, faixa muito superior à observada na literatura, que indica 2% no Brasil, na população geral. (SOUZA; REIS;

GOMES *et al.*, 2011). Tal percentual deve-se ao fato de que o estudo foi desenvolvido com indivíduos portadores de HPV, que figura entre os principais fatores de risco para esse tipo de câncer. De acordo com Reis; Carneiro, Del-Rio *et al* (2011)a prevalência de câncer de pênis entre pacientes infectados por HPV é de cerca de 40%. Outros estudos constataram que a presença de HPV em carcinoma peniano varia de 30 a 100% dos casos. (BEZERRA; LOPES; SANTIAGO *et al.*, 2001; NEVES; CAMARA; ALENCAR *et al.*, 2002; TORNESELLO; DURATURO; LOSITO *et al.,* 2008).

O vírus HPV é capaz de alterar o ciclo celular pela expressão das proteínas virais E6 e E7 na inativação e na eliminação dos produtos de genes supressores de tumor (p53 e Rb), consequentemente, pode contribuir para a progressão do processo neoplásico. A análise da exposição a outros fatores risco para o câncer de pênis em nossa amostra, além do HPV, possibilitou destacarmos a higiene precária, fimose, tabagismo e sexo desprotegido. Esses fatores de risco também são ressaltados em outros estudos sobre a temática (REIS; PAULA; PAULA *et al.,* 2010; CARVALHO; KANNENBERG; MUNARETTO *et al.,* 2007; PAULA; ALMEIDA NETTO; CRUZ *et al.,* 2005).

Dentre os demais fatores de risco, sobressaiu o tabagismo, o qual merece destaque porque as pesquisas revelam que os fumantes estão cerca de 3 a 4,5 vezes mais propensos a desenvolver o carcinoma peniano. O tabaco é referido como carcinógeno químico para múltiplos tipos de câncer, incluindo o câncer de pênis, devido à combustão e ao metabolismo de seus componentes. Homens portadores de HPV e fumantes apresentam risco ainda maior, porque ambos (tabaco e HPV) têm capacidade de danificar o DNA celular. Homens que fumam mais de 10 cigarros por dia têm risco aumentado de 1,14 vezes quando comparados àqueles que não fumam. Em algumas culturas, tal como ocorre em cidades rurais brasileiras, há o hábito de mascar o tabaco, fator que aumenta o risco de câncer de pênis para 2,11 vezes. (PASSOS; ALMEIDA; GIRALDO *et al.*, 2008; POW-SANG; FERREIRA; POW-SANG *et al.,* 2010; INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

Ao abordar o conhecimento sobre o câncer de pênis, esta pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados apresentava falta de informações sobre o tema, desconhecendo o tratamento e sua associação com DST. Esse achado chama atenção porque revela a carência de atividades de educação em saúde voltadas à população masculina. Destaca-se que a educação em saúde deve ser vista não apenas como uma atividade a mais, mas como uma ação que reorienta o conjunto das práticas adotadas pelos profissionais nas UBS. (SOUZA; REIS; GOMES *et al.*, 2011). O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), reconhece que é fundamental nortear as ações visando a estimular o auto cuidado e promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor educação, como promotor de novas formas de pensar e agir, com vistas à prevenção de agravos como o câncer de pênis, entre outros, tendo em vista que é uma doença com tratamento mutilante e capaz de levar a óbito.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que os portadores de HPV, homens jovens, sexualmente ativos e expostos a DST há mais de 1 ano, enfrentaram dificuldades de acesso a tratamento no município. O principal tratamento adotado pela APS foi o uso de ATA e podofilina, com falta de registros acerca dos parceiros sexuais dos pacientes infectados.

A prevalência de câncer de pênis foi considerada alta quando comparada à população geral e baixa quando relacionada especificamente aos portadores de HPV. Os sujeitos conheciam o câncer de pênis, mas não associaram essa patologia à necessidade de adotar tratamentos mutilantes, como a penectomia. Entre os fatores de riscos, além do HPV, chamou a atenção o tabagismo, o que reforça a necessidade de medidas educativas voltadas ao abandono do hábito de fumar.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde que atualmente vigora ainda está centrado na assistência curativa individual, com base no atendimento hospitalar. O empoderamento da APS, que é pautada em ações de prevenção e educação em saúde, associado ao empoderamento da atenção terciária, pautada em ações curativas, destaca-se como um processo prioritário para diminuir os índices de doenças crônicas no país, principalmente em relação aos tipos de câncer – cujos indicadores têm apresentado aumento nos últimos anos.

REFERÊNCIAS

ARCOVERDE, M. A. M.; WALL, M. L. Assistência Prestada ao Ser Masculino Portador do HPV: Contribuições de Enfermagem. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 17, n. 2, p. 133-137, 2005. Disponível em:http://cpa.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/01/r17-2-2005-8-assistencia-prestada.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

BEZERRA, A. L.; LOPES, A.; SANTIAGO, G. H.et al. Human Papillomavirus as a Prognostic Factor in Carcinoma of the Penis: Analysis of 82 Patients Treated with Amputation and Bilateral Lymphadenectomy. **Cancer**, Philadelphia, v.91, n.12, p.2315-2321, 2001. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11413520/. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do Câncer***:* abordagens básicas para o controle do câncer.2.ed Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** Princípios e Diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

BUOSI, L.; OLIVEIRA, L. F. C. **A Abordagem do Parceiro de Mulheres Diagnosticadas com HPV**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2008/luciana_buosi.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

CARVALHO, J. J. M. **Manual Prático do HPV**: Papilomavírus Humano. São Paulo, SP: Instituto Garnet, 2004.

CARVALHO, N. S.; KANNENBERG, A. P.; MUNARETTO, C.*et al*. Associação entre HPV e Câncer Peniano: Revisão de Literatura. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 92-95, 2007. Disponível em: http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/01/r19-2-2007-6.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A Prevenção do Câncer e a Promoção da Saúde: Um Desafio para o Século XXI.**Revista Brasileira de Enfermagem**,Brasília, v. 58, n. 2, p. 218-221, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/3fLgx8bLNhmWjfct3vwM4hR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 31 ago. 2021.

CHAVES, J. H. B.; VIEIRA, T. K. B.; RAMOS, J. S..Peniscopia no Rastreamento das Lesões Induzidas pelo Papiloma Vírus Humano. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 30-35, 2011. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1719.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

GARÓFOLO, A.; AVESANI, C. M.; CAMARGO, K. G.; et al. Dieta e Câncer: Um Enfoque Epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 491-505, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rn/a/9fdjyrnyXmQRt7rzwPMcWVg/?lang=pt. Acessoem: 31 ago. 2021.

GIULIANO, A. R.; TORTOLERO, L. G.; FERRER, E.et al.Epidemiology Of Human Papillomavirus Infection In Men, Cancers Other Than Cervical And Benign Conditions. **Vaccine**,Kidlington, v.26, supp 10, p.17-28, 2008. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18847554/. Acesso em: 31 ago. 2021.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.et al. As Arranhaduras da Masculinidade: Uma Discussão sobre o Toque Retal como Medida de Prevenção do Câncer Prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 6, p.1975-1984, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GNrR3bxHfhSk9DLNvCy95MS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 31 ago. 2021.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.;MENDONÇA, G. A. S. M. Risco de Câncer no Brasil: Tendências e Estudos Epidemiológicos mais Recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p.227-234, 2005. Disponível: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1950. Acesso em: 31 ago. 2021.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Prevenção**: Fatores de Risco do Câncer de Pênis. São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-penis/2435/31/. Acesso em: 20 de agosto de 2021.

NEVES, D.; CAMARA, G. N. L.; ALENCAR, T. R.; et al. Prevalence of Human Papillomavirus in Penile Carcinoma. **Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.221-226, 2002. Disponível em: http://www.brazjurol.com.br/may_june_2002/neves_ing_221_226.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

PASSOS, M. R. L.; ALMEIDA, G.; GIRALDO, P. C. *et al.* Papilomavirose Humana em Genital, Parte I. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Brasília, v.20, n.2, p.108-124, 2008. Disponível em: https: //pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-536567. Acesso em: 31 ago. 2021.

PAULA, A. A. P.; ALMEIDA NETTO, J. C.; CRUZ, A. D. et al. Carcinoma Epidermoide do Pênis: Considerações Epidemiológicas, Histopatológicas, Influência Viral e Tratamento Cirúrgico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n. 3, p. 243-252, 2005. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_51/v03/pdf/revisao3.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

POW-SANG, M. R.; FERREIRA, U.; POW-SANG, J. M.; et al. Epidemiology and Natural History of Penile Cancer. **Urology**, Ridegewood, v.76, suppl1, p.2-6, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20691882/. Acesso em: 31 ago. 2021.

REIS, A. A. S. et al. Aspectos Clínico-Epidemiológicos Associados ao Câncer de Pênis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.1, p.1105-11, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/sStDbRvkVGYRjFsmwCKrgJm/?lang=pt. Acesso em: 31 ago. 2021.

REIS, A. M. B.; CARNEIRO, M. A. S.; DEL-RIOS, N. H. A. *et al*. **Prevalência da Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Homens Sexualmente Ativos, Portadores de Câncer de Pênis do Estado de Goiás**. Goiânia, GO: Universidade Federal de Goiás, 2011.

REIS, A. **O Papel do Papilomavírus Humano na Carcinogênese dos Tumores de Pênis:** Uma Abordagem Epidemiológica e Molecular. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

ROBERTO, J. C. S. **Prevalência da Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Homens Sorotipos para HIV e Homens e Parceiros de Mulheres com Infecção pelo HPV**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ROSENBLATT, C.; LUCON, A. M.; PEREYRA, E. A. G. et al. Papilomavírus Humano em Homens: “Triar ou Não Triar” – Uma Revisão. **Einstein**, São Paulo, v.2, n. 3, p.212-216, 2004. Disponível em: http://docplayer.com.br/10017185-Papilomavirus-humano-em-homens-triar-ou-nao-triar-uma-revisao.html. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOUZA, D. R.; CATÃO, R. M. C. A Importância do Conhecimento sobre Papilomavírus Humano: Considerações Gerais. **Revista de Biologia e Farmácia**, Bragança Paulista, v. 8, n. 1, p. 1983-4209, 2012. Disponível em: http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/753. Acesso em: 31 ago. 2021. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOUZA, K. W.; REIS, P. E. D.; GOMES, I. P.et al. Estratégias de Prevenção para Câncer de Testículo e Pênis: Revisão Integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n. 1, p.277-282, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ds93rKPcmXJKyy6RrGwbdC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 ago. 2021.

TORNESELLO, M. L.; DURATURO, M. L.; LOSITO, S. et al. Human Papillomavirus Genotypes and HPV16 Variants in Penile Carcinoma.**International Journal of Cancer**, New York, v.122, n.1, p.132-137, 2008. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.23062.Acesso em: 31 ago. 2021.

CAPÍTULO 12

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO IDOSO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 10/11/2021

Graziely Lopes Pantoja
Discente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista – Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/1578160074739961

Ivonei Guimarães Menezes
Discente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista – Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/9673626039207826

Rarison Bastos Gomes
Discente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista – Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/2575557792777311

Sandra Cristina Silva de Souza Cordovil
Discente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista – Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/4501516043118210

Wendel da Silva Figueiró
Discente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista – Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/6807246250353597

Leslie Bezerra Monteiro
Professor mestre, docente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista- Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/5811196877265406

Silvana Nunes Figueiredo
Professora mestre, docente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista- Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/1230323697077787

Andreia Silvana Silva Costa
Professora docente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista- Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/3333177219671843

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Professora mestre, docente do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Paulista- Campus Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/6333984153134331

Hanna Lorena Moraes Gomes
Mestre em enfermagem, pela Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará - UFAM/ UEPA Manaus, Amazonas
http://lattes.cnpq.br/3837803064524881

RESUMO: Objetivo: Destacar a importância do atendimento humanizado pela equipe de enfermagem à pessoa idosa na atenção básica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa básica, exploratória e descritiva de abordagem qualitativa. Pesquisa realizada em uma unidade de saúde com uma população de estudo composta por profissionais de enfermagem. **Resultados e Discussão:** o estudo evidenciou que 17 dos entrevistados seis possuem 42 anos, sendo a faixa etária mais prevalente no total geral dos entrevistados; 12 são do sexo

feminino; foram entrevistadas duas categorias de profissionais, sendo 4 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem; sendo 15 destes profissionais com regime de trabalho integral. Foi possível emergir 4 categorias temáticas: Educação em Saúde; Acolhimento; Falta de Capacitação; Capacitar e qualificar os profissionais. **Conclusão:** Educação em Saúde e o acolhimento são ações presentes entre os entrevistados e que estão sendo aplicadas nas práticas assistências destes profissionais e que revelam as principais fortalezas destes profissionais que vislumbra a humanização do usuário idoso. Como fragilidades é a falta de treinamentos e/ou capacitação, constituição de uma equipe multiprofissional para atender outras demandas que fogem da competência da enfermagem.
PALAVRAS-CHAVE: Humanização, Idoso, Equipe de enfermagem, Atenção Básica.

HUMANIZATION IN THE CARE OF THE ELDERLY BY THE NURSING TEAM IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Objective: To highlight the importance of humanized care provided by the nursing staff to the elderly in primary care. **Method:** This is a basic, exploratory and descriptive research with a qualitative approach. Research carried out in a health unit with a study population composed of nursing professionals. **Results and Discussion:** the study showed that 17 of the interviewees, six are 42 years old, being the most prevalent age group in the general total of interviewees; 12 are female; two categories of professionals were interviewed, 4 nurses and 13 nursing technicians; 15 of these professionals work full-time. It was possible to emerge 4 thematic categories: Health Education; Reception; Lack of Training; Train and qualify professionals. **Conclusion:** Health Education and welcoming are actions present among the interviewees and that are being applied in the care practices of these professionals and that reveal the main strengths of these professionals, which envisions the humanization of the elderly user. One of the weaknesses is the lack of training and/or qualification, the constitution of a multidisciplinary team to meet other demands that are beyond the competence of nursing.
KEYWORDS: Humanization, Elderly, Nursing team, Primary care.

1 | INTRODUÇÃO

Entendido como um acontecimento, o envelhecimento da população humana ocorre mundialmente com uma grande progressão em países em desenvolvimento. Cronologicamente, em 1950 o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 205 milhões, em 2012 eram quase 810 milhões de pessoas, projetando-se dois bilhões de habitantes nesta faixa etária para o ano de 2050 (UNFPA, 2012).

No Brasil esse fenômeno ocorre de maneira ainda mais acelerada. Em 2000, havia em torno de 14,2 milhões de idosos, em 2010 eram 19,6 milhões, em 2025 será o sexto com em concentração de pessoas com mais 60 anos ou mais (OMS, 2015), com expectativas de atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2060 (UNFPA, 2012; IBGE, 2015).

"Esse aumento do número de idosos e expectativa de vida necessita ser acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida do idoso, pois

ainda são grandes seus desafios” (WHO, 2005). No Brasil, sobretudo, confrontar-se com as dificuldades do envelhecimento populacional em um campo social despreparado é urgente, pois o aumento dessa população apresenta disposição a um percentual cada vez maior nos próximos anos (MELO et al., 2019; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Segundo Cabral et al. (2019) todo esse processo traz enormes desafios tanto aos profissionais como aos serviços de saúde, “bem como a necessidade de se desenvolverem novas formas de cuidado e monitoramento para essa população”.

Há mais de 20 anos o Sistema Único de Saúde (SUS) criou a Política Nacional do Idoso (PNI) na tentativa de responder às crescentes demandas referentes ao envelhecimento da população, objetivando “assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criar condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito à saúde, nos níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 1994;1996).

Prontamente, em 2006, criou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) definindo a “Atenção Básica à saúde/Estratégia Saúde da Família (ABS/ESF) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados”, desenvolvendo métodos de gestão e medidas sanitárias, com participação do trabalho multiprofissional e em equipe (BRASIL, 2006), com potencialidade para conseguir manobrar os “desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais dos idosos e da sua família, atuantes como agentes transformadores da realidade da pessoa idosa brasileira” (PIMENTA et al., 2018; SANTOS et al., 2019).

Para Caçador et al. (2015) as equipes de profissionais da ESF bem organizadas tem capacidade de assegurar a qualidade do serviço prestado aos usuários da saúde, e tem-se o enfermeiro como referência para essa equipe multiprofissional na atuação frente à as demandas e necessidades da pessoa idosa e seus familiares. Ainda, Freitas e Alvarez (2020) descrevem que as práticas do trabalho da equipe de enfermagem relativas ao cuidado ao idoso na ABS carecem de notoriedade e mais incentivos da gestão do SUS. O enfermeiro atua seja na manutenção ou obtenção de estilo de vida saudável do idoso, seja em situações relacionadas às doenças típicas dessa idade, a fim de ofertar um cuidado adequado com intuito de promover sua autonomia, não devendo se limitar apenas à assistência terapêutica, mas deve também abranger familiares por meio da educação em saúde (FAGUNDES, 2015).

Lima et al. em 2010 já relatavam um modelo assistencial diferenciado de estratégias na gestão no SUS e na formação dos profissionais de saúde, ou seja, a humanização na assistência à saúde. Esta pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência. Dentre os vários conceitos existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o termo humanização é a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, e esta

humanização deve se expressar nas práticas dos serviços de saúde, com os profissionais e usuários, de forma dialógica, em busca da construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública para todos (BRASIL, 2004), ou seja, "o diálogo, a escuta qualificada e a formação de vínculo entre os profissionais da enfermagem e o idoso são passos importantes que estão diretamente ligados a um bom atendimento humanizado" (GONÇALVES et al., 2016; MENEZES et al., 2020).

Diante deste tema, viu-se a necessidade de compreender melhor sobre a atenção da equipe de enfermagem ao acolher e prestar um atendimento humanizado a pessoa idosa. Torna-se imprescindível estudar este assunto diante da tão crescente população idosa e das necessidades que a idade requer, sendo a saúde um dos maiores gargalos. A unidade básica de saúde é a porta de entrada para o atendimento a saúde do idoso brasileiro, sendo composta por uma equipe multiprofissional que deve ser capacitada para cuidar devidamente dessa população. Assim, justifica-se averiguar a humanização no atendimento a essa clientela.

2 | OBJETIVOS

Geral

Destacar a importância do atendimento humanizado pela equipe de enfermagem à pessoa idosa na atenção básica.

Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo; identificar os fatores evidenciados perante os cuidados humanizados da enfermagem ao idoso na atenção básica; analisar a efetividade de processos do cuidado humanizado da enfermagem na atenção básica em relação ao idoso.

3 | MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa básica com exploratória e descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Clínica da Família Carlson Gracie, localizada na Avenida Curaçao, n° 29, bairro Cidade Nova, Manaus-Amazonas, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Manaus-Amazonas.

A população de estudo foi composta por quatro (4) enfermeiros e treze (13) técnicos de enfermagem. A amostra por conveniência foi composta por profissionais de enfermagem que estiveram presente no trabalho por ocasião da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerando a importância do anonimato e sigilo das respostas, considerou-se nome de anjos aos participantes da pesquisa. A utilização deste código como nome de anjos é fazendo alusão de como a enfermagem é conhecida, como "anjos da enfermagem". Foram excluídos desta

pesquisa 3 funcionários, 2 que estavam de atestado médico e 1 que se recusou a participar da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu após a aprovação do CEP, aprovação do CAAE: 47545121.9.0000.5512, com assinatura dos participantes da pesquisa do Termo de Compromisso Livre Esclarecido, conforme determina a Resolução CNS 466/12, II.4 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa-CONEP.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário misto composto por 10 perguntas fechadas (questões de múltipla escolha e sim /não) e abertas (sem repostas pré-definidas), abordando a caracterização do sujeito de pesquisa com dados sociodemográficos e referente a humanização no atendimento ao idoso. Os dados foram digitados em um banco de dados formulado no Microsoft Excel 2007. O questionário foi aplicado pelos pesquisadores em sessões individuais aos profissionais de enfermagem em uma sala com acomodações e condições apropriadas para tal fim, nos dois turnos de trabalho (manhã e tarde), após a apresentação do objetivo da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nas fases de organização e tratamento dos dados foi utilizado o *ATLAS.ti* - The *Qualitative Data Analysis Software.* Uma obra da engenharia alemã desenhada por Thomas Muhr e lançada como versão comercial em 1993, hoje usado em todo o mundo. Que auxilia na análise de material qualitativo. Segundo Hwang (2008), o *Atlas.ti* é uma ferramenta que auxilia o pesquisador no processo de organização da análise (Exemplo: construção das redes) dos dados. A eficiência do software está como diz na interface entre a expertise humana e o processamento de dados do computador.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos dos profissionais

O estudo obteve um total de 17 entrevistas, onde os dados obtidos foram compilados em planilha Excel e tratados para obtenção de gráficos. Assim, segue as figuras gráficas contendo dados sobre: Faixa etária dos participantes do estudo (**Gráfico 1)**; Gênero dos participantes do estudo (**Gráfico 2)**; Estado civil dos participantes do estudo (**Gráfico 3)**; Profissão dos participantes do estudo (**Gráfico 4)**; Regime de trabalho dos participantes do estudo (**Gráfico 5)**; Frequência dos atendimentos dos idosos na UBS (**Gráfico 6),** e 9 perguntas de caráter qualitativo que originaram a rede de categorização das falas dos entrevistados **(Figura 10).**

Gráfico 1: Faixa etária dos paticipantes do estudo.

Fonte: Pesquisadores.

Gráfico 2: Gênero dos paticipantes do estudo.

Fonte: Pesquisadores.
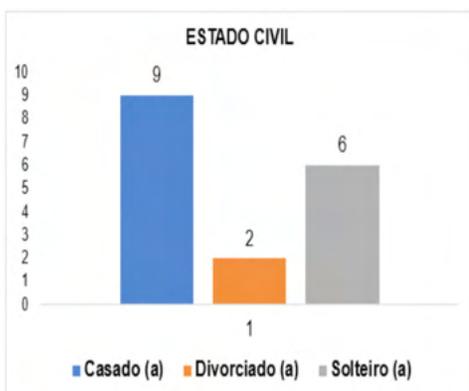
Gráfico 3: Estado civil dos paticipantes do estudo.

Fonte: Pesquisadores.

Gráfico 4: Profissão dos paticipantes do estudo.

Fonte: Pesquisadores.

Gráfico 5: Regime de trabalho dos dos paticipantes do estudo.

Fonte: Pesquisadores.

Gráfico 6: Frequência dos atendimentos dos idosos na UBS.

Fonte: Pesquisadores.

Neste sentido, com base nos dados apresentados anteriormente, que descrevem o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo (**Gráficos** 1, 2, 3, 4, 5, 6), evidenciou que 17 dos entrevistados seis participantes possuíam 42 anos, sendo a faixa etária mais prevalente no total geral dos entrevistados; 12 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino; foram entrevistadas duas categorias de profissionais, sendo 4 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem; sendo que 15 destes profissionais possuíam regime de trabalho integral.

Assim, emerge como foco importante destes o regime de trabalho integral, pelo tempo diário que esses profissionais se dedicam em suas atividades em sua unidade de saúde, provendo a integralização de suas práticas junto ao usuário. A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas (CECÍLIO, 2001).

Uma mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas devem estar disponíveis como alternativas do cuidado.

A humanização do cuidado, que envolve o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções em saúde, que tomem por base o conceito de integralidade (BRASIL, 2006).

Neste sentido, com o papel integralizado das práticas em saúde que o SUS orienta e norteia, torna-se mais eficaz quando se tem profissionais que possam estar lotados nos dois turnos em suas unidades de saúde. E no contexto da promoção da saúde humanizada para pessoa idosa, a integralidade assistencial é aplicada pela enfermagem dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) uma das fortalezas para que recebem assistência à saúde contextualizada com seu momento de vida.

A enfermagem considera a ESF sendo uma forma de organização da assistência em saúde que propicia o desenvolvimento da assistência integral a saúde. Pesquisas realizadas no âmbito da ESF mostram que, de fato, essa forma de se organizar o trabalho em saúde propicia uma abordagem integral e integradora, numa perspectiva ampliada de promoção da saúde (CHIEZA et al., 2009). É na ESF que vão se desenvolver ações educativas, orientações, programas específicos de saúde para o idoso e outros grupo sociais, com o intuito de promover a saúde (FRACOLLI, 2010).
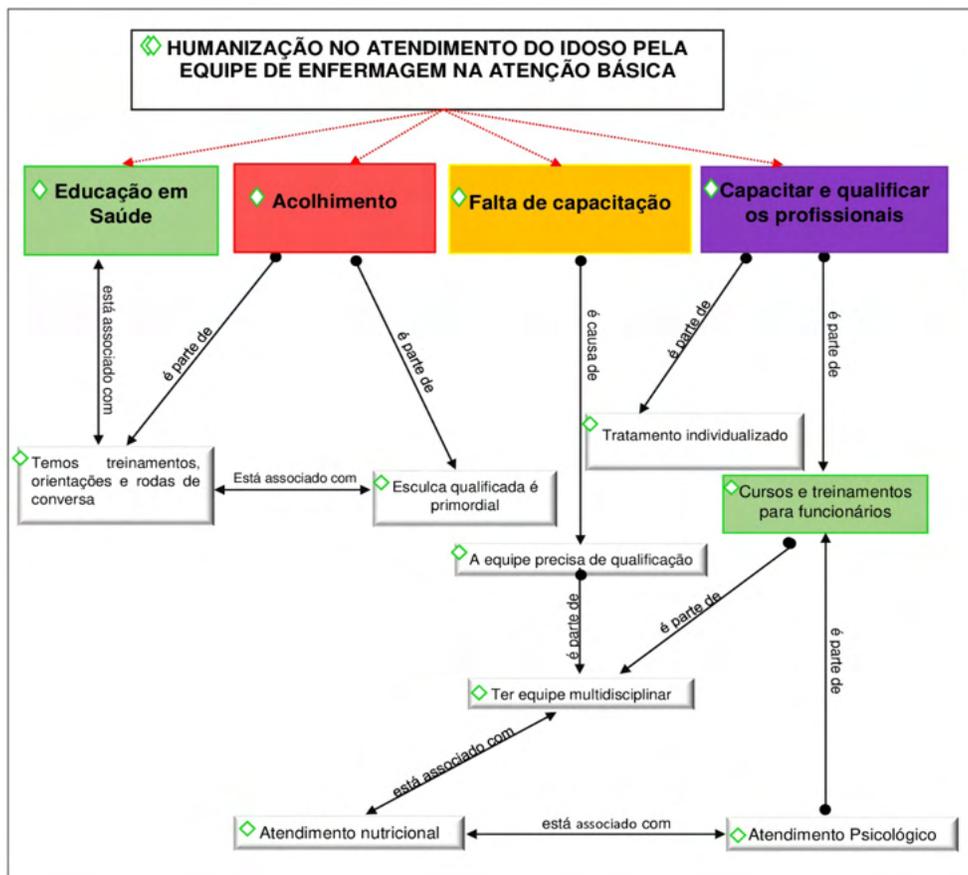
Figura 1: Rede de categorização das falas dos entrevistados sobre humanização no atendimento do idoso pela equipe de enfermagem na atenção básica.

A rede categorização foi construída a partir da análise categorial dentro do *Atlas.ti.* A criação das redes a partir de temas e/ou palavras relevantes levantadas a partir dos índices (falas dos entrevistados). No âmbito deste estudo foi possível emergir quatro categorias: **1 – Educação em Saúde; 2 -Acolhimento; 3- Falta de Capacitação; 4- Capacitar e qualificar os profissionais**. A fim de se alcançar os objetivos propostos deste estudo, a seguir, será aprofundado a análise e discursão das quatro categorias supracitadas.

- Educação em Saúde
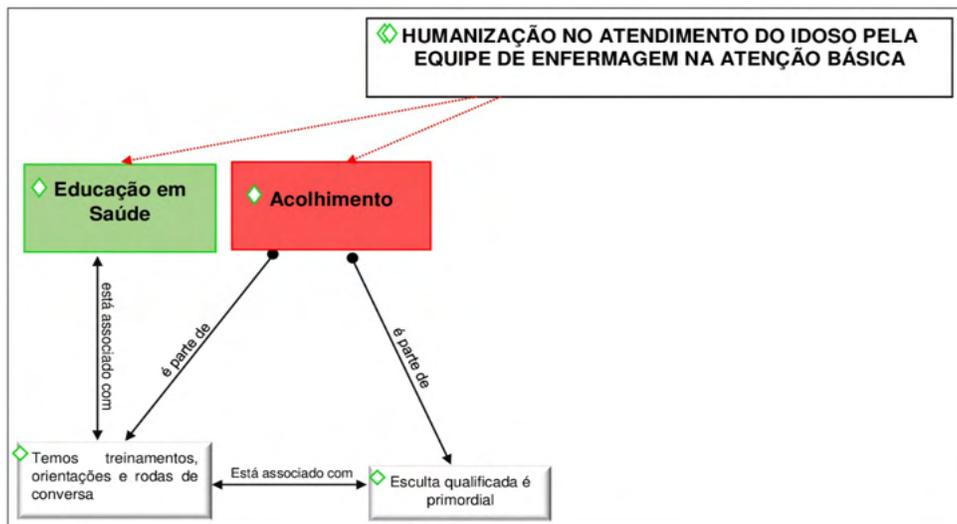
Figura 2: Recorte da Rede de categorização das falas dos entrevistados sobre humanização no atendimento do idoso pela equipe de enfermagem na atenção básica.

O principal desafio da enfermagem em relação a humanização e saúde do idoso, é inseri-lo dentro do processo de promoção a saúde, fazendo com que o idoso entenda e tenha acesso a informações a respeito das políticas de forma clara e objetiva. Portanto, o enfermeiro precisa atuar na identificação e atentar-se em necessidades individuais desses indivíduos, mostrando-as aos cuidadores e familiares, de forma a prestar um melhor cuidado prezando pela autonomia, que muitas vezes não são trabalhadas para que esta população assume seu papel perante a sociedade (SILVA; BORGES, 2014).

Neste contexto, para que o enfermeiro possa educar os familiares como cuidar deste idoso é preciso realizar Educação em Saúde para os idosos que vão na UBS, ou para os familiares e ou responsáveis do cuidado em domicílio deste idoso. Sendo assim, dentre as falas dos entrevistados a categoria ***"Educação em Saúde"*** emergiu como mecanismo que viabiliza as práticas assistências a pessoa idosa, pois é partir desta ação que podemos ter a integralização do cuidado. Esta ação pode ser confirmada quando lançado o seguinte questionamento para os entrevistados:

Entrevistador:

"Você pode citar ações de humanização, que você conhece? São praticadas pela equipe de enfermagem nesta unidade básica de saúde?

Principais respostas dos entrevistados:

RAFAEL - *"Sempre é feita uma orientação em saúde pela enfermeira..."*

GABRIEL – "Tem a classificação de risco, HIPERDIA, E educação em saúde..."

MIGUEL – “São realizados rodas de conversa a cada 15 dias, palestras de promoção em saúde entre outras...”

URIEL – “Temos treinamos orientações rodas de conversas...”

AZRAEL – “Educação em saúde, acolhimento consulta agendada...”

- Acolhimento:

Outra categoria que emergiu e foi considerada como ponto focal que a pessoa idosa possa ter acesso a saúde de forma humanizada é manutenção do ***“Acolhimento”***, algo que para maioria dos entrevistados é realizado de forma satisfatória, como pode ser observado no recorte da rede de categorias acima (Figura 10).

Tem-se o acolhimento como um instrumento de trabalho adequado para todos os profissionais e não o limitar à recepção do usuário, mas em uma sequência de atos e rotinas fazendo-se parte do processo de trabalho que, segundo a PNH, acolhimento e inclusão do usuário devem promover otimização dos serviços, fim das filas, hierarquização de riscos e acesso aos níveis do sistema (MEDEIROS, 2018).

Compreende-se também como acolhimento a estratégia que visa, entre outros objetivos, à universalidade do acesso à saúde, à adoção de uma postura acolhedora a fim de escutar e dar respostas adequadas às queixas e demandas de saúde, à responsabilização profissional, construção de vínculos e a potencialização da capacidade das equipes multidisciplinares de responder e intervir nos problemas de saúde da população (CARVALHÊDO; ANTÔNIO; SANTOS, 2015, p.144).

Neste sentido, quando os entrevistados foram indagados sobre, ***“Em sua opinião o idoso ao procurar os serviços de saúde na UBS sente-se acolhido?”*** o acolhimento surgiu como um mecanismo integralizados das práticas assistências da enfermagem, pois de forma majoritária expressaram falas que sedimentavam a importância de ações atitudinais promotoras da humanização da saúde com a pessoa idosa, como pode-se observar nas falas abaixas ditas pelos entrevistados.

JOFIEL – *“Fazemos com que os pacientes se sintam acolhidos...”*

DINA – *“É acolhido de todas as formas, da entrada até a saída da unidade...”*

ANAITA – “São prestados as informações, é acolhido desde a parte de entrada, e rebemos muitos agradecimentos...”

HAAMIAHE – *“É prestado todas as informações, acolhido de forma humanizada...”*

LAYLAH – “*O acolhimento é muito importante para atendimento ao idoso, é onde direcionamos, ouvimos e esclarecemos as dúvidas...”*

ANGÉLICAE – *“Sim, pois quando o idoso e recebido na unidade ele sempre comenta que gostou muito do nosso atendimento na forma que ele e tratado...”*

Assim, é essencial que a enfermagem, possa observar as características desses pacientes idosos, acolham e atentem dessa faixa etária os cuidados adequados, com base emocional e respeito, alicerçada em uma assistência de acordo com as suas demandas

para que tenham uma melhor qualidade (NAVARRO, 2013). Desta forma, acredita-se que o cuidado será humanizado e contextualizado para cada usuário idoso.

– Falta de Capacitação
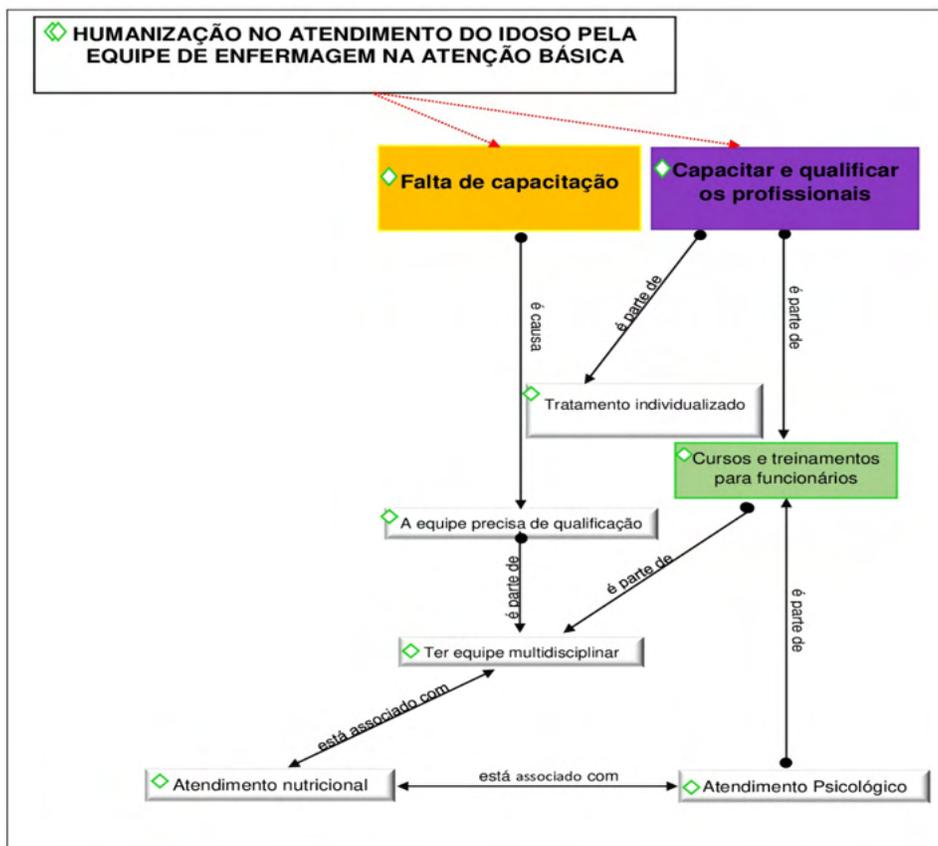
Figura 3: Recorte da Rede de categorização das falas dos entrevistados sobre humanização no atendimento do idoso pela equipe de enfermagem na atenção básica.

Para obter-se a efetividade de processos do cuidado humanizado da enfermagem na atenção básica em relação ao idoso, este estudo evidenciou as seguintes categorias como fonte geradoras de práticas assistenciais que divergem com a necessidade da política de humanização ou como possíveis fortalezas para garantir tal lei.

Categoria Falta de Capacitação:

Assim, entre as falas dos entrevistados surgiu a necessidade da ***“Qualificação e Capacitação”*** dos profissionais de enfermagem para que seja possível manter o cuidado integral e humanizado da população idosa. Essas afirmações podem ser observadas nas seguintes falas:

ÂNGELA – “Capacitar a equipe, aumentar o quadro de funcionários com uma equipe multidisciplinar...”

ROSÂNGELA – “Falta capacitação (caderneta do idoso) Toda a equipe...”

ANEL – “Capacitação para equipe e contar uma equipe multidisciplinar...”

ABADON – “Cursos e treinamentos para funcionários...”

GABRIEL – “Capacitar cada vez os profissional para o atendimento humanizado também necessário de uma equipe de especialista Nutricionista, Oftalmologista...”

CASSIEL – “Treinamentos semanais...”

QUERUBIM – “Precisamos de materiais para assim fazer um atendimento eficaz...”

Neste sentido, segundo Rocha et al. (2011) a falta de capacitação profissional, carência de recursos materiais, assim como a falta de outros recursos humanos envolvidos no processo do cuidar, são os principais obstáculos que os profissionais de enfermagem encontram na Atenção Básica, dificultando assim a oferta de uma assistência ao idoso mais humanizada.

E nos estudos de Sampaio et al. (2018), pode-se identificar que a falta de capacitação dos profissionais na área da geriatria e gerontologia são considerados obstáculos para ofertar uma assistência ao idoso de forma humanizada.

Oliveira e Menezes (2014) também destacam em sua pesquisa que um dos principais obstáculos que os profissionais de enfermagem encontram na Atenção Básica para ofertar uma assistência mais humanizada a população idosa e a falta de capacitação continuada em saúde da pessoa idosa. Os dados dessa pesquisa também apontam que os próprios profissionais reconhecem a importância da capacitação nesta área, e, consequentemente, no tipo de cuidado prestado a esses pacientes, tendo em vista a variedade de alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

Outro ponto importante emergido através das falas dos entrevistados e a importância da equipe multiprofissional para que o idoso possa ser atendido de forma integral e humanizada. Segundo Ferreira et al. (2018), a enfermagem é caracterizada como uma atividade social acentuada, de acordo com a história sua assistência e tem como objetivo ações de saúde através de uma ciência específica, interligado com a equipe multidisciplinar com o contexto das Política de Saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS) onde o primeiro nível de atenção é integral e suas ações é centrado na assistência individual e coletiva, que explora a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Sendo assim, quando surge entre as falas dos pesquisados a necessidade de profissionais como: Educador Físico, Psicólogos e Nutricionistas para compor o quadro de profissionais que proverão o cuidado do usuário idoso de determinada ESF é urgente que esta necessidade seja suprida, pois só assim terrear-se-á a integralidade do cuidado da pessoa idosa e com isso disponibilizando práticas assistenciais humanizadas.

- Capacitar e qualificar os profissionais

Sobre esta categoria emergida a partir das falas dos entrevistados foi possível identificar que os participantes compreendem a importância de esta capacidade e qualificado para atender de forma humanizada os idosos. Podemos observar em falas como:

ANAITA – "Capacitar e qualificar os profissionais, necessitamos de uma equipe multidisciplinar..."

INSRAEL – "Capacitar cada vez os profissional para o atendimento humanizado..."

ISRAFIL – "Treinamento semanais, rodas de conversas e palestras..."

Neste sentido, segundo Linhares, Tocantins e Lemos (2014), com o aumento da população idosa cresce também a exigência de profissionais em formação continuada, ou seja, atualizados e capacitados a fim de fornecer uma assistência específica para essa clientela. Essa assistência não deve ser ofertada apenas ao paciente idoso, mas também aos seus familiares e a comunidade em geral, através da educação em saúde, orientando-os e preparando-os para uma melhor compreensão e convivência com a pessoa idosa. Ou seja, capacitar e qualificar toda equipe de enfermagem e algo urgente para a pessoa idosa seja atendida de forma qualificada.

5 I CONCLUSÃO

A partir deste estudo foi possível evidenciar algumas fortalezas e fragilidades que permeiam o processo de humanização no atendimento da pessoa idosa entre a equipe de enfermagem na atenção básica. Onde a Educação em Saúde e o acolhimento são ações presentes entre os entrevistados e que estão sendo aplicadas nas práticas assistenciais destes profissionais e que revelam as principais fortalezas destes profissionais que vislumbra a humanização do usuário idoso. Como fragilidades deste processo, é a falta de treinamentos e/ou capacitação, constituição de uma equipe multiprofissional para atender outras demandas que fogem da competência da enfermagem.

Neste sentido, este estudo sugere outros estudos que possam aprofundar as fraquezas e fortalezas para implementação/manutenção do atendimento a pessoa idosa na atenção básica. Tais estudos terão grande valia se fornecerem algum instrumento que possa ser mediado por tecnologias educacionais, tanto para o usuário idoso quanto para o profissional que presta assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 julho de 1996. **Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [legislação na Internet]. Brasília; 1996. Disponível em: http:// http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [legislação na Internet]. Brasília; 1994. Disponível em: http:// http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** [legislação na Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http:// http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

CABRAL J. F. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(9):3227-3236, 2019.

CAÇADOR B.S, BRITO M.J.M, MOREIRA D.A, REZENDE L.C, VILELA G.S. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **REME -Rev Min Enferm**. 2015.

CECÍLIO LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In: Pinheiro R, Matt os RA. Os senti dos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 113-26.

CHIEZA AM, FRACOLLI LA, VERÍSSIMO MDLOR, ZOBOLI ELCP, ÁVILA LK, OLIVEIRA AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2009;43(n.esp 2):1352-7.

FERREIRA SRS, PÉRICO LAD, DIAS VRGF. **The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471

FREITAS M.A de; ALVAREZ A.M. Melhores práticas de enfermagem na saúde da pessoa idosa. **Rev enferm UFPE on line**. 2020; 14:e244049. Disponível em: http:// https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096542. Acesso em: 04 abr. 2021.

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio.** Nova York: UNFPA e Help Age International; 2012. Disponível em: http://https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES G. S. et al. Práticas de Humanização para o Idoso na Atenção Primária à Saúde. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 3 (2): 323-334, abr./jun. 2016.

LINHARES, C. D; TOCANTINS, F. R; LEMOS, A. Ações de enfermagem na atenção primária e qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care.** online v.6, n.4, p.1630-1641, 2014.

HWANG, S. Utilizing qualitative data analysis software: a review of Atlas.ti. **Social Science Computer Review**, Thousand Oaks, v. 26, n. 4, p. 519-527, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

MEDEIROS FA, ARAÚJO SGC, ALBUQUERQUE BAA, COSTA CIC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev salud pública** [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 8];2012(3):402-13.

MELO L.A; FERREIRA L.M.B.M.; SANTOS M.M.; LIMA K.C. Socioeconomic, regional anddemographic factors related to population ageing. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2019.

MENEZES T.M.O; ANDRADE A.M.B.; FREITAS A.V.S.; MOURA H.C.G.B.; FREITAS R.A.; PIRES I.B. Acolhimento e cuidado da enfermeira na estratégia saúde da família: percepções da pessoa idosa. REME - **Rev Min Enferm**. 2020.

MINAYO A.C.S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012 Mar; 17(3):621-6.

MIRANDA G.M.D.; MENDES A.C.G.; SILVA A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2017.

MIRANDA L. C. V.; SOARES S. M.; SILVA P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3533-3544, 2016. Disponível em: http:// Acesso em: 13 abr. 2021.

NAVARRO, L. M; PENA, R.S. Política nacional de humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro. 2013; 14(4):848-855.

O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade [documento preparado para o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira integrado pela ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede Unida e AMPASA]. **Rev RADIS**. 2006;(49):20-7.

OLIVEIRA, A. M. S.,&MENEZES, T. M. O.(2014). A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Rev enferm UERJ**, 22 (4), 513-518.

Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde** [Internet]. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: http:// https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

PIMENTA, F. B.; et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2018.

ROCHA, F. C. V.,ET AL.(2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família**. Rev. enferm**. **UERJ**, Rio de Janeiro,19 (2), 186-191.

SAMPAIO, S. N. et al. (2018). Visão da pessoa idosa sobre o atendimento do enfermeiro da Atenção Básica. **Rev baiana enferm**.,3 (2), 1-9.

SANTOS F.P.A.; ACIOLI S.; MACHADO J.C.; SOUZA M.S.; RODRIGUES V.P;, COUTO T.A. Care practices of the family health strategy team. **Rev Enferm UFPE** online. 2019. Disponível em: http:// https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1124.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

SILVA, A. A., BORGES, M. M. M. C.(2014). Humanização da Assistência de Enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Enf. Integrada.,**1 (1), 11-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.

CAPÍTULO 13

O ACOLHIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/12/2021

Ladyanne Moura da Silva
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/5298832451653478

Creude Maria Moura da Silva
LS. Centro Universitário Taguatinga-DF
http://lattes.cnpq.br/4368468180389282

Samuel Pontes
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6600655673888729

Rodrigo Marques da Silva
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6469518473430107

Leila Batista Ribeiro
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6643277716864528

RESUMO: Objetivo: Descrever os principais resultados de estudos produzidos sobre o acolhimento de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem nos últimos dez anos. **Método**: A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura realizada de agosto a setembro de 2021 nos bancos BIREME/BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs e Scielo, além de outros bancos de dados tais como organismos de governo como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Foram utilizados descritores em ciências da saúde (DeCS): Enfermagem; Acolhimento, Estratégia Saúde da Família.Incluíram artigos com resumos e textos completos, entre os anos de 2010 à 2020. Excluíram as produções científicas sem relação à temática. **Resultados:** Foram encontradas 63 publicações, sendo 27 eliminadas na leitura inicial dos títulos e resumos. Na leitura integral dos artigos, segundo os critérios de elegibilidade, foram eliminados 16 artigos. 20 artigos compuseram a amostra final dessa revisão. **Conclusão:** Os artigos selecionados neste estudo demonstraram que as Unidades de Saúde não dispõem de estrutura física adequada para realização do acolhimento, assim como apresentam insuficiência de profissionais. Faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que abordem a participação e a percepção tanto dos profissionais de enfermagem, quanto de gestores e usuários envolvidos no processo do acolhimento.

PALAVRAS–CHAVE: Enfermagem; Acolhimento, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: Objective: To describe the main results of studies produced on the reception of nursing in the Family Health Strategy, from the perception of nursing professionals in the last ten years. **Method**: This research is characterized as an integrative literature review carried out from August to September 2021 in the BIREME/ BVS (Virtual Health Library), Lilacs and Scielo databases, in addition to other databases such as government agencies such as the Ministry of Health and State Health Departments. Descriptors

in health sciences (DeCS) were used: Nursing; Reception, Family Health Strategy. They included articles with abstracts and full texts, between the years 2010 to 2020. They excluded scientific productions unrelated to the theme. **Results:** 63 publications were found, 27 of which were eliminated in the initial reading of titles and abstracts. In the full reading of the articles, according to the eligibility criteria, 16 articles were eliminated. 20 articles made up the final sample of this review. **Conclusion:** The articles selected in this study showed that the Health Units do not have adequate physical structure to carry out the reception, as well as lack of professionals. It is necessary to develop new studies that address the participation and perception of both nursing professionals and managers and users involved in the welcoming process.
KEYWORDS: Nursing; Reception, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas, sendo assegurada na Constituição Federal de 1988 no artigo 196 e forneceu embasamento legal para a criação da Lei 8.080/1990 sendo considerada a lei orgânica da saúde que estrutura o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) regula em todo o Brasil, as ações e serviços de saúde tanto por órgãos públicos como privado de forma complementar, preconizando em sua política de saúde, um conjunto de ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade; integralidade, equidade; descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular por intermédio do controle social (LOPES, 2014).

A humanização dos serviços de saúde é uma política pública que tem como principal dispositivo o acolhimento, sendo considerada uma das principais diretrizes éticas, da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, pois requer dos profissionais uma grande responsabilidade e uma escuta qualificada do usuário, articulando com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

O acolhimento na Política Nacional de Humanização busca a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções e eficazes em torno das necessidades dos usuários e na atenção primaria seu objetivo é reorganizar o fluxo e qualificar o atendimento do usuário, devendo ser realizada por todos os servidores da unidade básica de saúde, (FRANCO, BUENO, & MERHY, 1999).

A atenção primária de saúde (APS) é a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde e a implantação do acolhimento implica diretamente no trabalho dos profissionais, principalmente os de enfermagem, por estarem na linha de frente neste novo processo, sendo fundamental que estejam preparados para acolher o usuário que chegar na unidade de saúde.

A equipe de enfermagem tem um importante papel na implantação da humanização

nos serviços de saúde, seja através do acolhimento na assistência direta aos usuários, na educação em saúde juntamente com os demais membros da equipe ou na gestão dos serviços de saúde, já que parte considerável dessa equipe é composta por profissionais de enfermagem, que permanecem mais tempo em contato com os usuários (SOARES et. al., 2016).

Diante desse contexto, faz se necessário uma análise de estudos que aborde o processo de trabalho após a implantação do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família, sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

O presente estudo tem como objetivo descrever os principais resultados de estudos produzidos sobre o acolhimento de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem nos últimos dez anos.

MÉTODO

A pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura por ser um método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências do tema investigado disponíveis na literatura atual, possibilitando o desenvolvimento de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Realizou-se uma busca na literatura científica no período de agosto a setembro de 2021 nos bancos BIREME/BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs e Scielo, além de outros bancos de dados tais como organismos de governo como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Para esta fase foram realizadas as seguintes combinações dos descritores em ciências da saúde (DeCS): Enfermagem; Acolhimento, Estratégia Saúde da Família.

A questão de revisão estabelecida para realizar essa pesquisa foi: O acolhimento da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Para realizar esta pesquisa partimos da seguinte pergunta problema: Como os profissionais de enfermagem percebem o acolhimento na Estratégia de Saúde da Família no seu processo de trabalho?

A fim de responder tal pergunta, foram incluídos artigos com resumos e textos completos em língua portuguesa (Brasil) e inglesa, disponíveis online entre os anos de 2010 à 2020.

Textos contendo dados e informações de órgãos e agências públicas de saúde disponíveis para análise não foram limitados quanto à data de publicação, desde que ainda válidos. Optou-se por esta faixa temporal por ter-se identificado que as principais publicações sobre acolhimento ocorreram a partir de 2006, após a normatização da Humaniza SUS.

Foram excluídas as produções científicas que não se adequaram à temática, teses e artigos que extrapolem as funções e ações do enfermeiro.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exploratória dos títulos e resumos para

reconhecimento dos artigos que atendiam os critérios de elegibilidade. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos previamente selecionados, sendo esses submetidos novamente aos critérios de inclusão e exclusão.

Os dados coletados foram organizados e agrupados nas categorias temáticas que configuram o foco central deste estudo. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo de frequência simples, a fim de descrever a caracterização dos artigos encontrados. Após esta etapa, foram realizadas a leitura crítica e a discussão dos artigos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a estrutura de busca definida, foram encontradas 63 publicações, sendo 27 eliminadas na leitura inicial dos títulos e resumos. Na leitura integral dos artigos, segundo os critérios de elegibilidade, foram eliminados 16 artigos: 12 por não relacionar ao tema, 04 por estar fora do plano temporal do estudo. Assim, 20 artigos compuseram a amostra final dessa revisão (Quadro 1).

A partir dos textos selecionados para a pesquisa (T1 à T20), procedeu-se a análise dos dados levantados que atenderam ao objetivo da pesquisa. A partir de então os textos foram indexados para título de organização e tratamento dos dados coletados em função da relevância que cada um significou para o estudo.

O Quadro 1 apresenta a indexação dos textos a partir do entendimento dos autores, título e tipo de texto.

Índice	Autor(es)	Artigos inclusos na pesquisa	Tipo de texto
T1	BACKES DS	O Papel Profissional do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde Comunitária à Estratégia Saúde da Família.	Revisão integrativa
T2	CAMELO et al.	Acolhimento na atenção primária à saúde no estudo exploratório, com ótica de enfermeiros.	Abordagem qualitativa
T3	AGUIAR, T, L, M	Análise do acolhimento na estratégia Saúde da Família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito coletivo de enfermeiros	Estudo descritivo
T4	FRANCO, T. B., BUENO, W. S., & MERHY, E. E.	O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso De Betim, Minas Gerais, Brasil.	Relato de experiência
T5	CARVALHO, C. A. P.et al.	Acolhimento dos Usuários: Uma Revisão Sistemática do Atendimento no Sistema Único de Saúde.	Revisão sistemática
T6	GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS.	Acolhimento Na Estratégia: Revisão Integrativa.	Revisão integrativa
T7	LOPES, A. S.	Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família.	Estudo qualitativa

T8	COSTA et al.	Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS)	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.
T9	RANGEL RF; FUGALI MM; BACKES DS, GEHLEN MH; SOUZA MHT.	Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família.	Estudo qualitativo e quantitativo
T10	SIMÕES, ANA LUCIA DE ASSIS et al.	Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária.	Revisão bibliográfica
T11	SEOANE, A. F, PAULO A C.	Percepção De Médicos E Enfermeiros De Unidades De Assistência Médica E Ambulatorial Sobre Humanização Nos Serviços De Saúde.	Pesquisa qualitativa
T12	CARVALHO, C. A. P. et al.	Acolhimento dos Usuários: Uma Revisão Sistemática do Atendimento no Sistema Único de Saúde.	Revisão sistemática
T13	GRANDO, T. et al.	Percepção de acolhimento para os profissionais atuantes nas ESF	Revisão integrativa
T14	COUTINHO, L RP; SANTOS, A R B.	Acolhimento na Atenção Primária á Saúde	Revisão integrativa
T15	OLIVEIRA, J, R.	Acolhimento na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva do Enfermeiro.	Estudo qualitativo
T16	MITRE, S.M: ANDRADE E I.G; COTTA.R.M.M.	Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: Um resgate da produção bibliográfica do Brasil	Revisão bibliográfica
T17	CARLOS, L, C; et al	Acolhimento e estratégia de saúde da família:relato de experiência	Relato de experiência
T18	NOBRE, J, P et al.	A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica	Estudo descritivo
T19	PEREIRA, B, S.	Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa	Estudo quantitativa e qualitativa
T20	FREIRE, M, L	O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família	Estudo qualitativo

Quadro 1. Indexação dos artigos*. Índice Autor Artigos inclusos na pesquisa Tipo de texto

Fonte: os autores.

*Foram excluídos deste quadro os artigos fundamentação do método

Categorias	**Artigos por Categoria**	**Quantidade de artigos por categoria:**	**Porcentual (valores arredondados)**
Acolhimento nas ESFs	T5, T6, T10, T14, T15 e T20	6	30,00%
Acolhimento pela enfermagem	T1, T2, T7, T9, T12, T13 e T16	7	35,00%
Acolhimento como processo de trabalho	T3, T4, T8, T11, T17, T18 e T19	7	35,00%
TOTAL		n = (20)	100,00%

Quadro 2: relação dos textos selecionados por análise das categorias (relevância)

Fonte: os autores.

Categoria	Artigos por Categoria	Quantidade de artigos por categoria:
A	**Legislação APS**	**02**
	BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, dezembro 2010.	
	BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo a Revisão de Diretrizes e Normas para a Organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.	
B	**Política Nacional de Humanização (PNH)**	**02**
	BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Hospitalar. **Caderno Humaniza Sus.** V. 3. Brasília. DF; 2013.	
	BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): humanizasus** - documento-base. 3. Ed. Brasília, 2006	
C	**Estratégia Saúde da Família (ESF)**	**01**
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: **Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília; 1997.	
D	**Sistema Único de Saúde (SUS)**	**03**
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000.	
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 44 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).	
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000.	
E	**Legislação Acolhimento**	**01**
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 44 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).	

Quadro 2. Relação dos artigos por Categoria.

Fonte: os autores.

Relevância dos Artigos por Categoria		
Representação	**Tipos de categoria**	**Quantidade artigos utilizados por Categoria**
A	Acolhimento nas ESF	4
B	Acolhimento pela enfermagem	6
C	Acolhimento como processo de trabalho	2
D	Legislação APS	2
E	PNH/legislação acolhimento	2
F	SUS	2
G	ESF	2
TOTAL		**20**

Tabela 1. Relação dos artigos por Categoria.

Fonte: os autores.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, o qual deve estar presente em todos os momentos nas unidades de Saúde, desde a chegada do usuário a este serviço até a completa resolução de sua demanda. Sendo considerado uma postura ética que vai muito além de uma triagem, mas na escuta qualificada e efetiva das queixas dos pacientes.

Conforme os estudos revisados, grande parte dos profissionais afirmaram que o acolhimento favorece uma reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde possibilitando ao usuário um acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, dinamizando e organizando o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas. equipes (T10, T11, T18, T19).

No entanto, alguns fatores foram apontados como obstáculos para a implantação efetiva do acolhimento nas unidades de Estratégias de Saúde da Família, devido muitos profissionais ainda conceberem o acolhimento como mera triagem ou classificação de pacientes, além da grande pressão da de atendimento causado pelo imediatismo inerente à sociedade atual (T2, T3, T7).

Mitre, Andrade, Cotta (2012) também observaram diversos estudos que descrevem a dificuldade de compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de trabalho no acolhimento, que o reconhecem como uma espécie de "triagem humanizada" e apontam para a sobrecarga de trabalho nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, corrobando com o presente estudo.

A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de natureza qualitativa, publicadas em revista de saúde pública, no ano de 2012, com maior contribuição dos enfermeiros do que dos demais profissionais.

Os artigos selecionados neste estudo demonstraram que as Unidades de Saúde não dispõem de estrutura física adequada para realização do acolhimento, assim como apresentam insuficiência de profissionais, dificultando o tempo para uma boa escuta, gerando uma sobrecarga de serviços e um entrave para a reorientação no processo de trabalho das equipes (T3, T7, T13, T15, T18 e T20).

Pela análise dos textos, fica evidente que a implantação do acolhimento nas unidades de Estratégias de Saúde da Família, trouxe dificuldades tanto quanto ao entendimento do sentido acolhimento x triagem, aumento de demanda de serviço aos profissionais, não existindo uma uniformidade quanto à prática do acolhimento.

CONCLUSÃO

Nas unidades de estratégias de saúde de família, tem sido colocada em prática o acolhimento como ferramenta capaz de promover a universalização do serviço, a equidade de cuidados, integralidade na assistência, inovando a forma como o usuário e profissionais

de saúde se relacionam, possibilitando um maior, melhor compreensão da doença e corresponsabilização pelo tratamento.

Conforme analise dos textos selecionados para este estudo, pode-se afirmar que apesar de ser estimulado nacionalmente na ESF, o processo de acolhimento ainda não está totalmente compreendido e sistematizado nos modelos de atenção à saúde, levando a fragmentação do atendimento e a diversidade na forma de atendimento ao usuário por parte dos profissionais.

Embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pela equipe de saúde no dia a dia, observa-se que há ainda presença de conflitos e contradições que se expressam nas concepções dos profissionais, repercutindo no processo de trabalho e na atenção à saúde, descaracterizando sua principal função: a humanização nos serviços de saúde.

Apesar de haver publicações produzidas sobre o acolhimento, são poucos os estudos recentes encontrados que tratam da percepção dos profissionais de enfermagem acerca do acolhimento no processo de trabalho, que aborde suas dificuldades diante desta nova diretriz, e de estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de Estratégias de Saúde da Família.

Faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que abordem a participação e a percepção tanto dos profissionais de enfermagem, quanto de gestores e usuários envolvidos no processo do acolhimento. Uma vez que, a gestão atua diretamente na operacionalização do acolhimento e pode contribuir significativamente na diminuição dos elementos que dificultam a sua execução.

É importante e necessário a educação continua dos profissionais, assim como a participação da comunidade no processo de implantação do acolhimento, tanto para orientar e informar a população sobre o funcionamento da unidade de saúde, como também adquirindo opiniões dos usuários sobre a forma de trabalho dos profissionais envolvidos no acolhimento.

REFERÊNCIAS

BACKES DS, PACKES MS, ERDMANN AL, BUSCHER a. **O Papel Profissional do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde Comunitária à Estratégia Saúde da Família**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012 nov-jan; 17(1):223-30.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Hospitalar. **Caderno Humaniza Sus**. V. 3. Brasília. DF; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização (PNH): humanizasus** documento-base. 3. Ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, dezembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo a Revisão de Diretrizes e Normas para a Organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério Da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizas SUS**: Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília: Ministério Da Saúde, 2004b, 17f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência d Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde Da Família: Uma Estratégia Para a Reorientação Do Modelo Assistencial. Brasília**; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 44 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): **princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Manual Do Programa Nacional De Humanização Da **Assistência Hospitalar** – PNH. Brasília: Ministério Da Saúde, 2002.

CARVALHO, C. A. P. Et Al. Acolhimento dos Usuários: **Uma Revisão Sistemática do Atendimento no Sistema Único de Saúde.** Arq. Ciênc. Saúde, São José Do Rio Preto, V. 15, N. 2, P. 93-98, 2008.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., & MERHY, E. E. (1999). **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso De Betim**, Minas Gerais, Brasil. Cadernos De Saúde Pública, 15(2), 345-353.

GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS. **Acolhimento Na Estratégia:**Revisão Integrativa. Rev Panam De Salud LEI 8.080 De 19/09/1990 - Conselho Nacional De Saúde Conselho saúde. Gov.Br - Legislação Lei 8080/1990.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MENDES, K, S; SILVEIRA, R, C, C, P; GALVAO, C, M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: Acesso em: 14 set. 2021.

PASCHE, D. F. (2010). **Humanizar a formação para Humanizar.** O Sus. Ministério Da Saúde, Cadernos Humanizasus (Pp. 64-71). Brasília, DF: Ministério Da Saúde.

RANGEL RF, FUGALI MM, BACKES DS, GEHLEN MH, SOUZA MHT. **Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família.** Cogitareenferm. 2011 jul-set; 16(3):498-504.

SEOANE, A. F, PAULO A C. **Percepção De Médicos E Enfermeiros De Unidades De Assistência Médica E Ambulatorial Sobre Humanização Nos Serviços De Saúde.** Saúde Soc. V. 23, N. 4, São Paulo, MAR./Dez. 2014.

SIMÕES, ANA LUCIA DE ASSIS et al., **Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária.** Texto contexto-enfermagem, Florianópolis-SC, vol 16, n 3, p .439-444.Disponível em: >http://www.sc.scielo.br/pdf/icse/. Acesso em março, 2021.

CAPÍTULO 14

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UMA UBS/ESF

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 13/09/2021

Lourdes Bernadete Santos Pito Alexandre
Docente do Centro Universitário São Camilo do Curso de Enfermagem–São Paulo-SP
ORCID 0000-0003-4060-125X

Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas
Docente do Centro Universitário São Camilo do Curso de Enfermagem–São Paulo-SP
ORCID 0000-0001-5934-2265

Maria Inês Nunes
Coordenadora do Curso de Enfermagem – Centro Universitário São Camilo–São Paulo-SP
ORCID 0000-0003-3105-6472

Norma Fumie Matsumoto
Docente do Centro Universitário São Camilo do Curso de Enfermagem–São Paulo-SP
ORCID 0000-0002-5909-2080

Cássia Regina de Paula Paz
Gerente da UBS Jardim Icaraí –São Paulo-SP
ORCID 0000-0003-2161-2252

Helena Caetano Fontes
Discentes doCentro Universitário São Camilo – Graduandas de Enfermagem–São Paulo -SP
ORCID 0000-0002-0578-8015

Carolina Rodrigues da Silva
Discentes doCentro Universitário São Camilo – Graduandas de Enfermagem–São Paulo -SP
ORCID 0000-0001-7160-3149

RESUMO: O Sistema Único de Saúde implantado em 1988 trouxe princípios e diretrizes a serem alcançados e em 2003 recebeu o reforço da Política Nacional de Humanização (PNH). A Política de Atenção Básica criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de acesso e desenvolvimento de humanização, acolhimento e vínculo entre unidade de saúde (UBS)/profissional/usuário para mudança de modelo assistencial. O objetivo foi investigar a percepção dos trabalhadores sobre a humanização, vínculo e acolhimento na Atenção Básica de Saúde (ABS) e percepção, dos usuários, sobre a qualidade do atendimento. Tratou-se de um trabalho interpretativo com pesquisa de campo e abordagem qualitativa, que foi realizado em 2017, em uma UBS/ESF no Município de São Paulo, zona Norte. Foram realizadas 34 entrevistas com profissionais e 24 com usuários, depois de transcritas foram analisadas através Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) em que foram identificadas Ideias Centrais (IC) ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave (EC). Os profissionais de saúde sabem conceituar as ações relativas à humanização, acolhimento e vínculo, entretanto evidenciam: falta da ambiência e obrigatoriedade no cumprimento de metas. Quanto aos usuários há maior vínculo com o agente comunitário de saúde (ACS), sendo suas queixas: demora no atendimento/burocracia; falta de insumos e de recursos humanos e profissionalismo, foram identificados poucos pontos positivos. O processo de humanização está em construção, mas já houve mudança do atendimento da equipe. Para resolução dos problemas de consolidação da

PNH é necessário implementar ações de educação permanente, investimento na saúde e educação e inclusão do usuário no cuidado.
PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência; acolhimento; Política de Saúde.

IMPRESSIONS FROM PROFESSIONALS AND USERS: HUMANIZATION, RECEPTION AND FORMATION OF BONDS IN A UBS/ESF

ABSTRACT: Established in 1988, the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde) has principles and directives to be accomplished; in 2003, they were strengthened by the National Policy of Humanization (PNH). The Policy of Basic Attention has created the Family Health Strategy (ESF) as a doorway to humanization, reception, and formation of bonds among health unities (UBS), professionals and users in view of reframing the care model. Our aim has been the investigation of impressions from health personnel on humanization, reception, and formation of bonds at the Health Basic Attention Service (ABS), and of users on the quality of the service. This work has an interpretive vein, with field research of qualitative approach, developed in 2017 in a UBS/ESF on the Northern zone of the city of São Paulo, Brazil. 34 professionals and 24 users have been interviewed. Transcriptions from these interviews have been analysed through Collective Subject Discourse (DSC), and Central Ideas (IC) or Anchors and their correspondent Key Expressions (EC) have been identified. Health professionals know how to define actions for humanization, reception, and formation of bonds, but they reveal lack of ambience and lack of obligation to meet targets. Users have expressed stronger bonds with the community health agent (ACS) and complained of delays and bureaucracy in the service, and lack of health inputs, human resources, and professionalism. They have identified few positive aspects. The humanization process is under construction, but we may already identify changes in the service. Actions of permanent education, investments on health and education, and inclusion of users in care service are required to remedy problems in PNH's consolidation.
KEYWORDS: Humanization of care; reception; Health Policy.

1 | INTRODUÇÃO

A implantação do SUS passa por diferentes fases em que se modifica os aspectos priorizados, colocando ênfase em um ou outro princípio de acordo com as estratégias a serem utilizadas. Assim surge a necessidade de discussão sobre o tradicional modelo médico-curativista para ampliá-lo e construir uma nova forma de modelo assistencial que compreenda e tenha como base uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade (REIS-BORGES, NASCIMENTO, BORGES; 2018).

A Política Nacional de Humanização (PNH) também chamado de HumanizaSUS criada em 2003, tem como proposito consolidar os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde (SUS), procurando meios para uma transformação no modo conduzir o cuidado (BRASIL, 2018).

Dessa forma é imprescindível que a Política Nacional de Humanização (PNH) invista não só na expansão da rede e do acesso, mas também na qualidade do cuidado. Além disso,

está evidenciado que apesar de não estar incluído nos princípios fundamentais do SUS, a humanização atualmente é um tema central para as políticas públicas de saúde, mesmo porque para o alcance de vários princípios como integralidade, equidade e universalização a humanização se faz necessária e exerce um poder tranversal[3].

A PNH inclui gestores, trabalhadores e usuários nos processos de acolhimento e cuidado. O programa se preocupa com a forma que ocorre os processos de trabalho, onde o trabalhador deve ser incluído na tomada de decisão e os usuários ter seus direitos garantidos (FERREIRA, ARTMANN; 2018).

Uma vez que o processo de trabalho é influenciado por vários fatores e componentes, o mesmo pode produzir de fato saúde para profissionais e usuários, mas pode também provocar o adoecimento desses sujeitos e do próprio sistema, produzindo desassistência ou assistência de má qualidade (FERREIRA, ARTMANN; 2018).

De acordo com Campos et al. (2014), na atenção primária à Saúde (APS) ainda há uma grande falta de organização, recursos humanos, continuidade no tratamento, o modelo centrado na doença, o que acaba induzindo os usuários a não crer nos resultados do serviço primário. A APS deveria ter capacidade de solucionar 80% dos problemas de saúde de uma determinada população, implementando ações de promoção e prevenção à saúde e agindo em conjunto e eficazmente com os serviços secundários e terciários, gerando uma rede de assistência eficaz (CAMPOS et al. 2014).

Para potencializar o serviço na atenção básica de saúde é essencial novos modelos assistenciais, que criem dispositivos de escuta dos usuários, decodificação de suas necessidades e trabalho centrado no usuário. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais o acesso e a integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços (trabalhadores e instituição) e a população (REIS-BORGES, NASCIMENTO, BORGES; 2018).

Para o fortalecimento da Atenção Básica, foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta de mudança do modelo hegemônico

A ESF foi ampliada nos últimos anos e tem um papel fundamental na área da saúde e funciona através de equipes de saúde compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo menos cinco agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal que atuam em áreas delimitadas, prestando atendimento às famílias e realizando diagnósticos situacionais para realização de intervenções em saúde coletiva (MALTA et al.; 2013).

A ESF foi concebida para beneficiar o acesso e resolução dos problemas de saúde da população e, para isso, haveria a necessidade do aprimoramento da comunicação entre instituição de saúde/trabalhador/usuários. A comunicação deve ser iniciada através da escuta qualificada e geração de vínculo entre os envolvidos na assistência à saúde, para tanto todos os conceitos da PNH devem ser plenamente assimilados, situação ainda pouco discutida pelas equipes de Saúde da Família e, possivelmente, pouco utilizados nas

práticas dos profissionais (REIS-BORGES, NASCIMENTO, BORGES; 2018).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e é compreendida como responsabilização do profissional pelo usuário e escuta qualificada[6]. O vínculo também é muito importante durante o atendimento aos usuários, pois o usuário sentirá que há uma cumplicidade com quem estiver o atendendo (GARUZI et al.; 2014). Outro aspecto essencial é a humanização que engloba o conceito de olhar holístico para com o paciente e familiares, independentemente de quem seja (JORGE, GUIMARÃES; 2014).

Com base nas premissas da PNH e nos achados da literatura, o tema do estudo é pertinente ao processo de consolidação do SUS e da melhoria da qualidade no atendimento nos serviços de saúde, diminuindo a vulnerabilidade e os riscos tanto de usuários como dos trabalhadores, no tocante a satisfação no atendimento no serviço e a diminuição dos conflitos gerados entre todos os atores do processo, quando da falta do cumprimento dessas premissas.

Tendo como base o anteriormente exposto, o objetivo do trabalho foi investigar a percepção dos trabalhadores sobre a humanização, vínculo e acolhimento na Atenção Básica de Saúde (ABS) e percepção, dos usuários, sobre a qualidade do atendimento.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um trabalho interpretativo ancorado em pesquisa de campo por meio de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no ano de 2017, em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Município de São Paulo, zona Norte. A Unidade está localizada no bairro da Vila Brasilândia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo N°2.235.784 e pelo CEP da Prefeitura Municipal de São Paulo, aprovação Nº 2.144.219. Foram realizadas entrevistas com 31 profissionais e 24 usuários. A análise foi realizada através do Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais. A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal, extraindo destes depoimentos as Ideias Centrais (IC) ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave (EC); com as IC semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese que são os DSC.

3 | RESULTADOS

Tendo como o objetivo deste trabalho investigar a percepção dos trabalhadores e percepção dos usuários os resultados serão apresentados em duas etapas. Na primeira

etapa serão apresentados os resultados que tratam sobre a percepção dos usuários sobre o atendimento ofertado na UBS pesquisada.

Etapa de percepção dos usuários

Segundo Santiago et al (2013) a avaliação da percepção dos usuários em relação à satisfação ou não quanto ao atendimento à saúde nas unidades de ESF apresenta grande relevância, uma vez que a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, foco de apreensão deste trabalho.

Para realização da avaliação da qualidade desse atendimento devemos utilizar os conceitos de Donabedian, em que a estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços; por processo entende-se a avaliação da execução das atividades e da dinâmica apresentada nas suas inter-relações e, por fim, o resultado representa os efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade (REIS et al.; 1990).

Quando os usuários foram entrevistados as questões buscavam a apreensão de estrutura, processo e resultado. Entretanto o que mais emergiu foram respostas sobre a estrutura e, principalmente, sobre o processo de trabalho.

De acordo com a técnica de análise das entrevistas usando como ferramenta o discurso do sujeito coletivo, emergiu o **Vínculo** como a primeira ancoragem ou ideia central (IC) quando da avaliação de satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado pela unidade de ESF pesquisada.

IC1 – **Vínculo** é entendido como uma relação mútua de confiança e respeito entre profissionais/usuários, portanto faz parte do processo (BRUNELLO et al.; 2010). O vínculo ficou evidenciado no discurso dos usuários através do **DSC1** - "*Procuro quem eu confio e vai ser sigiloso no que eu falar".*

Quanto a criação de vínculo com os profissionais da UBS que efetivam a comunicação e o acesso a assistência é o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) o imediatamente lembrado pela maioria dos entrevistados, embora tenha havido referências aos outros profissionais da equipe da ESF, a saber: **DSC2** - *"ACS, porque sou analfabeto, então ela me ajuda, avisa quando tem consulta,* [A Equipe de saúde] *vai na minha casa porque minha mulher é doente* [e] *o enfermeiro esclarece dúvidas, é atencioso e um ótimo profissional".*

Entretanto, e apesar da ocorrência do vínculo com a equipe da ESF pela maioria dos usuários, alguns deles expressaram a ocorrência de alguns aborrecimentos quanto ao atendimento geral e serviços prestados pelos funcionários da UBS. Traduziram como experiências negativas as **Dificuldades de atendimento** ficando, assim, evidenciada a segunda ideia central **IC2.**

Os usuários, quando vão buscar algum atendimento a uma necessidade específica de saúde nem sempre conseguem a sua satisfação imediata, tendo em vista diversos

aspectos como: organização do processo de trabalho, falta de recursos humanos, volume de trabalho e atendimentos, normas institucionais, entre outros (SATO; AYRES; 2019). Da situação exposta acima e analisando os discursos dos sujeitos coletivos surge a evidenciação de várias dificuldades, evidenciadas pelos DSC 1- demora no atendimento/burocracia; DSC2 - exposição pessoal; DSC3 - falta de insumos e recursos humanos e DSC4 - falta de profissionalismo sobre o serviço prestado pela UBS.

IC2 Dificuldades de atendimento – nesta ideia central estão embutidos conceitos de estrutura e de processo.

DSC1- demora no atendimento/burocracia - na atualidade tem crescido o aumento do imediatismo e individualismo, situações que têm gerado inúmeros desconfortos entre os usuários de todo tipo de serviço de saúde (SATO; AYRES; 2019). Nessa pesquisa os usuários teceram críticas à diversas situações que interferem no resultado satisfatório do atendimento e que ficaram evidenciadas a seguir: "*Esperando, demora* [o atendimento], *demora para marcar a consulta*, *as vezes a gente vem e elas não querem atender, tem que ter um papel e se não der não atende".*

DSC2 – exposição pessoal- Um dos princípios para que haja o vínculo é a questão ética do sigilo de informações, tendo em vista que a equipe toda da ESF e, principalmente, as ACS's têm acesso às famílias e seus problemas íntimos psicossociais, econômicos e de saúde. Desde o treinamento da equipe para realização desse trabalho a ética e o sigilo profissional são enaltecidos, entretanto emergiu situação em que houve contravenção desta regra, a saber: "*Fui exposta. Revelaram algo que não devia".*

DSC3 - falta de insumos e recursos humanos- o atendimento bem avaliado pelos munícipes tem como pano de fundo uma avaliação da estrutura do local de atendimento, como bem reflete Donabedian (VOLPATO, MARTINS; 2017) e há queixa da falta de estrutura, como pode-se evidenciar nos discursos, quanto aos recursos humanos, insumos e medicamentos: *"Médico não está, falta médico, dentista, remédios".*

DSC4 - falta de profissionalismo- o respeito ao direito das pessoas é outro ponto importante de um serviço de saúde que desenvolve bem a Política Nacional de Humanização, tendo o usuário o direito e o dever de fazer parte da avaliação do serviço, uma vez que se compreende que a humanização deve congregar as três partes envolvidas no ato de se fazer saúde, a instituição, os trabalhadores e a comunidade e/ou cidadão. Os discursos dos usuários revelaram que, na UBS/ESF pesquisada, embora os munícipes ainda tenham pouco exercício de participação na gestão, eles têm uma percepção aguçada do que seria um processo de trabalho de qualidade, como pode-se notar no discurso a seguir ainda relativo à dificuldade de atendimento: "[profissional] *falando no celular, a ACS* [que] *perdeu o encaminhamento não deixou o encaminhamento na UBS, perdi a consulta".*

Segundo Santiago et al (2013) em pesquisa realizada em Recife as questões que tiveram maior percentual de satisfação foram a de qualidade da assistência. Destacam-se valores superiores a 90% as questões relacionadas à paciência do médico/enfermeiro

para escutar com atenção os problemas de saúde e o cuidado e detalhamento do médico/enfermeiro ao exame. A satisfação com a resolução de seu problema de saúde na consulta realizada foi de 78,6%.

No estudo em foco apareceram, também, mais elogios do que críticas quanto à qualidade do atendimento em saúde. Foi extraída, então, a ancoragem **IC3** que foi denominado por **Apreciação do usuário**, o atendimento no geral tem elogios demonstradas no **DSC1- resultados positivos** e apresentados no discurso a seguir: *"Eu gosto de tudo aqui, a UBS é rápida, nunca fico na fila, é atendido na hora certa. Sou bem atendido na consulta médica, me dão a maior atenção,* [usufruo de] c*onsultas, medir a diabete, pressão e* [quando preciso] *de inalação, exames, remédios. Tive visita em casa e foi importante, gosto demais e sou muito bem atendida, é o meu lar, se fosse pra ficar internada queria que fosse aqui. Tive depressão e melhorou depois que entrei no curso de pintura. Aqui é meu céu, eu saio de casa perturbada e volto tranquila e calma, corro para cá e saio bem"*. Portanto os aspectos positivos vistos foram: atendimento atencioso nas consultas, os serviços de exame e farmácia estão atendendo a demanda, monitoramento da saúde é satisfatório e o acolhimento e os grupos de promoção a saúde estão sendo produtivos.

Mas houve algumas respostas que revelaram **DSC2- resultados negativos** – conforme podemos perceber pelo seguinte discurso: *"[*tive atendimento dentário] *porque a família foi contemplada.* [No] *Posto de saúde ninguém é bem atendido. O que é da prefeitura não presta"*.

Etapa de percepção dos trabalhadores sobre humanização, acolhimento e vínculo

Ainda referente à análise de dados das entrevistas, foi possível analisar a percepção dos profissionais em relação alguns assuntos, sendo a primeira ancoragem a **IC1** - **Acolhimento,** que de acordo com pesquisas está fortemente relacionado à escuta qualificada, em que além da escuta deve haver um escopo de alternativas para lidar com o sofrimento e necessidades dos usuários (BRASIL; 2013): Para os entrevistados o Acolhimento está relacionado com a escuta e atenção aos problemas e necessidades do outro, conforme demonstram os discursos a seguir: **DSC1**: "*Espírito acolhedor* [cabe] *em qualquer lugar. Tem que acolher a pessoa e tem que estar disponível para ouvir."* **DSC2:** [acolhimento é] *fazer escuta qualificada, o que está acontecendo com o paciente, o que está acontecendo na casa, e de repente é um problema familiar, um problema no trabalho, e na escuta você pode oferecer vários caminhos."*

A segunda ancoragem se refere ao **Vínculo profissional- usuário (IC2)**, o profissional deve buscar fortalecer vínculo com o usuário principalmente nos momentos em que este se sentir desamparado e desprotegido, uma vez que conhecendo melhor a história do cliente, a identificação do problema fica mais fácil (BRASIL; 2013). Segundo os trabalhadores a necessidade de fortalecimento do vínculo fica evidente nos discursos ora

apresentados, a saber: **DSC1:** *"O vínculo é a base para adesão do cuidado. Portanto é a base do nosso trabalho, por meio dele conseguimos atender melhor as demandas, traçar estratégias terapêuticas".*

Por mais que os discursos mostrem que o vínculo é importante ele deve permanecer dentro do limite de relação profissional, não devendo gerar confusões devido a existência de proximidades pessoais, uma vez que a reciprocidade manifesta entre o profissional e o usuário depende das características individuais de cada um: **DSC2: "***Não tem como não criar vínculo com os pacientes, mas é necessário impor limites*."

Para que esse limite seja imposto e o vínculo seja eficiente, o profissional deve possuir um conhecimento ampliado e resignificado de práticas de saúde para o alcance do cuidado integral, independente das dificuldades presentes (LOPES et al.; 2015).

Segundo os profissionais de saúde as vezes os usuários não sabem respeitar, ou compreender o trabalho de alguns funcionários: **DSC3: "***vínculo é criado sim, mas muitas vezes* [o usuário] *extrapola os limites e acabam* [ofendendo as ACSs], *elas são as mais prejudicadas, porque elas estão na linha de frente, eles confundem o vínculo."*

A questão da **Ambiência** para o atendimento surgiu como terceira ancoragem **(IC3).** Segundo Schrader et al (2012) os profissionais e saúde que trabalham na atenção primária salientam a falta de condições adequadas para realização do trabalho, como: convivência com materiais sucateados, falta de medicamentos e equipamentos e, em decorrência da grande demanda, o foco do trabalho passa para as metas a serem atingidas e não na qualidade dispensada , por conta destas questões a maioria dos profissionais demonstram-se insatisfeitos com o ambiente de trabalho: **DSC1 – Resultados negativos em relação ao atendimento** - *"A recepção é a primeira a maltratar os pacientes, não orientando corretamente o que o mesmo deve fazer, tem pessoas que são maltratadas por um simples fato de fazer uma pergunta".*

O primeiro objetivo indicado pelo sistema de busca pelo alcance de metas de atendimento tem gerado pressão sobre os profissionais e isso acaba influenciando negativamente o serviço prestado – **DSC2: "***A UBS tem sofrido, como um todo, com pressões por metas, sofrimento da população, que são fatores externos ao dia a dia, mas, influenciam muito negativamente no processo de trabalho".*

Além do espaço físico ser, muitas vezes, impróprio e improvisado, fato que também, têm gerado insatisfação – **DSC3: "***Faltam espaços físicos para que você consiga atender um usuário sem interrupções na porta e interrompendo toda hora o atendimento, para pegar algo nas salas que são utilizados por muitas pessoas".*

Porém, alguns profissionais demonstram satisfação em suas falas, a exemplo de: **DSC4 – Resultados positivos:** "*A UBS está bem equilibrada para o atendimento, ela oferece espaço no acolhimento, o paciente pode vir a hora que ele quiser."*

Quando se fala de ambiência, pensa-se em humanização por meio do equilíbrio de elementos que compõem os espaços, considerando fatores que permitam o protagonismo

e a participação. Pressupõe o espaço como cenário onde se acontecem relações sociais, políticas e econômicas de determinados grupos da sociedade.

Ambiência não é, portanto, somente espaço físico, é também encontro entre os sujeitos, propiciado pela adequação das condições físicas do lugar e pelo exercício da humanização (BESTETTI; 2014).

4 I DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família visa a construção do seu trabalho partindo do conceito ampliado do processo saúde-doença, incluindo o contexto social/econômico, cultural, psicológico e de necessidades de saúde dos usuários. Assim, para realizar um atendimento de qualidade é necessário capacitar as equipes de saúde para prestar assistência às diversas estruturas familiares (REIS-BORGES, NASCIMENTO, BORGES; 2018). É importante também a inclusão dos usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado, pois é um poderoso recurso para a ampliação da cor responsabilização no cuidado em si (BRASIL; 2018).

Apesar da ESF ser voltada para a saúde da família é imprescindível que a assistência ao indivíduo seja individualizada e ao mesmo tempo holística uma vez que cada pessoa tem individualmente suas relações, percepções, características, crenças, conflitos entre outros que devem ser consideradas e trabalhadas através do relacionamento terapêutico, no qual a pessoa precisa ser acolhida pelo profissional de saúde. Para ocorrer o relacionamento terapêutico é necessário a realização de acolhimento para possibilitar a criação de vínculo. Para que haja troca de ambas as partes por meio da escuta qualificada, é primordial que se tenha empatia para realizar a assistência e alcançar a resolução do problema do usuário que precisa do cuidado, fato que confere a humanização do serviço (FERREIRA, ARTMANN; 2018).

Segundo Ferreira; Artmann (2018) para que esse vínculo seja criado, é de extrema importância a comunicação eficaz entre paciente e usuário. O agir comunicativo promove a ligação e coordenação da atenção.

O Profissional, portanto, deve demonstrar interesse e sensibilidade e para isso deve sempre estar atento tanto a linguagem verbal (se é adequada para o usuário), quanto a não verbal (posturas e gestos), o que irá colaborar na promoção da saúde, pois assim pode haver negociações em relação à importância da aderência ao tratamento e propiciará uma ideia favorável em relação ao autocuidado (Marinus et al ; 2014).

Entretanto, parece que o vínculo é mais forte da população com o agente comunitário de saúde (ACS) devido a sua proximidade. Muito usuários, quando questionados sobre qual é o profissional responsável pelo cuidado à saúde na região a grande maioria cita apenas o seu ACS, demonstrando não ter conhecimento sobre a equipe multiprofissional de saúde que o atende. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implementado como

uma estratégia para o estabelecimento de laços entre a rede de saúde e a população, na intenção de consolidar ainda mais a ideia de reorientar o modelo assistencial, dando maior importância às práticas de promoção da saúde, além disso, devido a sua implementação a comunidade teve a garantia de maior acessibilidade à saúde, sendo que o fato do ACS ser uma pessoa integrante da comunidade ser um facilitador ao acesso da população à assistência. A associação do ACS e da ESF tem como objetivo melhorar a aproximação da família e a UBS, efetivando a comunicação entre ambas, nesse sentido a implantação dos ACS já mostra resultados positivos (FONSECA et al; 2013).

Além dos conceitos e necessidade de se concretizar uma atenção à saúde humanizada, surgiu no discurso dos profissionais a Ancoragem Ambiência, que se trata do local onde ocorre a assistência, como visto na fala dos trabalhadores o ambiente é inadequado, acarretando prejuízos no cuidado, uma vez que para o sucesso do relacionamento o paciente precisa se sentir seguro sobre sua privacidade, bem como o profissional precisa sentir-se prestigiado e motivado. O ideal é a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Para tanto a estrutura do ambiente deve ser analisada para se adequar de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço (BRASIL; 2018).

Como tentativa de solucionar os problemas de ambiência, primeiramente, deve haver uma boa comunicação entre a equipe para que haja um bom relacionamento interpessoal, além da cooperação e respeito, só assim seria possível tornar o ambiente agradável, pois não adiantaria o espaço físico ser adequado se a interação entre os profissionais for ruim, e para isso deve-se haver recursos que estimulem os profissionais a realizarem escuta ativa e troca de opiniões sobre as novas ideias, como reuniões e gerenciamento de conflitos, sempre agindo em conjunto, valorizando assim o trabalho grupal (PERUZZO et al.; 2018).

Em relação aos usuários, como a maioria se encontra em área de vulnerabilidade, é, normalmente, privado ou dificultado o acesso a determinados serviços, fato gerador de frustação e um empecilho na superação da situação (FRANCINI; GUIZARDI; 2018).

Além da privação e acesso a alguns bens e serviços, o que já é por si só uma violência, as hostilidades encontram um terreno fértil para acontecer e se manifestar devido a vulnerabilidade geral em que se encontram as populações que residem nas periferias das cidades, local de trabalho da ESF, chegando a consolidar um problema de saúde pública. No caso são os jovens da periferia os mais implicados e considerados “grupos de risco” e isso já demonstra os quão excluídos são da sociedade atual e devido a isso houve um significativo aumento da criminalidade e de casos violentos, ou seja, por sofrerem tanto preconceito, exclusão social, dificuldades de acesso à serviços, que representam ações que violam a moral de cada indivíduo, essa população se tornou violenta (FRANCINI; GUIZARDI; 2018).

Os processos de trabalho na ESF têm sido dificultosos devido a inúmeros aspectos,

entre eles a não valorização do profissional, a inexistência de recursos adequados para realizar assistência, tais como espaço físico privado e tempo hábil, além de ser impingido um sistema de alcance de metas que interfere diretamente na qualidade do atendimento. As condições de trabalho refletem na qualidade do serviço e para ser fonte geradora de bons resultados o trabalhador precisa estar em um ambiente que se sinta seguro, valorizado e munido dos recursos necessários (RUOTTI, MASSA, PERES; 2011).

Dentro desse processo de trabalho cabe a gerência manter os profissionais motivados. Um profissional de saúde que trabalha de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde e a qualidade do atendimento tende a cair, pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido mediante vigilância controlada nunca alcançarão a atenção de qualidade (ABRAÃO; 2007).

5 | CONCLUSÃO

O processo de humanização está em construção, mas já houve mudança na caracterização do atendimento da equipe da ESF, nos quesitos a criação de vínculo, aproximação da UBS com o usuário que facilitou o acesso, os ACS tem papel importante como principal componente de comunicação com a população. No entanto, existem desafios que foram apontados pelos profissionais no decorrer da pesquisa. Para resolução dos problemas de consolidação da PNH é necessário implementar ações de educação permanente e capacitação dos profissionais que propicie uma análise do processo de saúde que resulte em uma proposta para efetivação da humanização, vínculo e acolhimento dentro do SUS, essas ações iriam melhor capacitar os profissionais da área em questão e assim o atendimento poderia alcançar qualidade mais elevada e integral, portanto, os usuários ficariam mais satisfeitos com os serviços recebidos.

Outra solução, porém, de âmbito político seria um bom investimento na área da saúde e da educação. Na saúde na melhora nas condições de trabalho, consequentemente na qualidade de atendimento. Na educação pois nota-se que a população carente demanda muito dessa área e a falta de conhecimento e de recursos financeiros os deixam vulneráveis e, em alguns casos, agressivos, isso afeta o modo no qual eles enfrentam o cuidado com a saúde e a busca do serviço primário e na maneira com que se relacionam com os profissionais.

Para alcançar a qualidade do serviço devem ser revistas estratégias de inclusão do usuário no cuidado de forma a ele ser corresponsável pelo sucesso do seu tratamento. Para tanto é necessário que seja priorizado pelo profissional a individualidade do paciente, a criação de um relacionamento terapêutico baseado na escuta qualificada que só terá êxito se tiver tempo e local adequado que forneça segurança e privacidade com o indivíduo.

REFERÊNCIAS

1.Abraão, A.L. **Atenção primária o processo de trabalho em saúde**. Informe-se em promoção da saúde, v.03, n.01.p.01-03.jan-jun.2007. [Acessado em: 02 de março de 2019] disponível em: <http://www.uff.br/promoçãodasaude/informe>.

2.Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 1ª edição- 1ª reimpressão. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 09 de outubro de 2018.

3.Brasil. Acolhimento à Demanda Espontânea: **Queixas mais comuns na Atenção Básica.** Ministério da Saúde 2013; 1(28). [acessado em: 13 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf.

4.Brasil. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Ministério da Saúde 2013; 1(28). [acessado e: 12 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

5.Bestetti, M. L. T. **Ambiência: espaço físico e comportamento.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(3):601-610. [acessado em 20 de março de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf

6.Brunello, M. E. F. et al. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007).** Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-5. [acessado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002010000100021&lng=p&tlng=pt

7.Campos R.T.O. et al. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde Debate [online]. 2014. V.38. [acessado em 20 de setembro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf

8.Ferreira, LR e Artmann, E. **Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 5 [acessado 9 outubro 2018], pp. 1437-1450. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016.

9.Ferreira, L. R.; Artmann, E. **Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde.** Ciênc. Saúde coletiva vol.23 no.5 Rio de Janeiro maio 2018 [acessado em 20 de março de 2019]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016**.**

10.Fonseca, G.G.P. et al **Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa**. Revista Saúde, Santa Maria, Vol.39, n.2, jul. /dez. 2013. [acessado em 12 de fevereiro de 2019] disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/7921/pdf

11.Francini, M. E. C.; Guizardi, L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Cad. Saúde Pública 34 (3) 26 Mar 2018.

12.Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Rev. Panam Salud Publica. 2014;35(2):144–9. [acessado em: 07 setembro 2018]. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/

13.Jorge J.C., Guimarães C.M. Estratégia Saúde da Família: **A Enfermagem e o Cuidar Humanizado**. Estudos. 2014 v. 41, especial, p. 113-124. [acessado em: 20 de setembro 2018] disponível em: http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/3812/2176

14.Lopes A.S.; Vilar R.L.A, Melo R.H.V; França R.C.S. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários.** Saúde Debate 2015; 39(104). [acessado em 10 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf

15.Malta D.M. et al. **A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Ciência & Saúde [online]. 2013. v.21(2) **[**acessado em 9 de agosto 2018] disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf

16.Marinus, M. W. L. C. et al. **Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014. [acessado em 20 de março de 2019]. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n4/1356-1369/pt.

17.Peruzzo, H. E. et al. **Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família.** Esc. Anna Nery vol.22 no.4 Rio de Janeiro 2018 [acessado em 12 de fevereiro de 2019] disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372.

18.Reis-Borges GC, Nascimento EN, Borges DM. **Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde**. Distúrbios da Comunicação [online]. 2018, v.30, n. [acessado 9 outubro 2018], pp 194-200. Disponível em: http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p194-200.

19.Reis, E, F, B. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública. Vol.6 no.1 Rio de Janeiro Jan/Mar. 1990. [acessado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf.

20.Ruotti, C.; Massa, V. C.; Peres, M. F. T. **Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens.** Interface (Botucatu) vol.15 no.37 Apr/June 2011.

21.Santiago R, F et al. **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos Usuários**. Ciênc. Saúde coletiva, 2013. [acessado em 12 de dezembro de 2018]; 18(1): 35-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en.

22.Sato, M.; Ayres, J. R. C.M. **Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica.** Interface (Botucatu) vol.19 no.55. [acessado em 20 de março de 2019]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408.

23.Scharades, G. et al. **Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros.** Rev Bras Enferm. Brasília 2012 mar-abr; 65(2):222-8. [acessado em 20 de março de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a04.pdf

24.Volpato, L. F.; Martins, L.C. **Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais.** Revista Espacios. Vol. 38 (Nº 42). 2017. Pág. 10. [acessado em 12 de dezembro de 2018]. Disponível em: http://www.revistaespacios.com/a17v38n42/a17v38n42p10.pdf

CAPÍTULO 15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE COMORBIDADES EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 10/09/2021

Maria Luiza Schons Basei
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Joaçaba, Santa Catarina
http://lattes.cnpq.br/0414588784365342

William Cesar Gavasso
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Joaçaba, Santa Catarina
http://lattes.cnpq.br/1763776860228432

RESUMO: Comorbidades consistem na associação de duas ou mais doenças que acometem um indivíduo concomitantemente. Sobretudo em tempos de pandemia, emerge a preocupação quando condições preexistentes se relacionam à infecção pelo coronavírus, potencializando-se como fatores de risco para o agravamento do estado de saúde do paciente. Nesse contexto, objetivou-se identificar o perfil epidemiológico e de comorbidades em pacientes diagnosticados com Covid-19 em um município do meio oeste catarinense. Trata-se de um estudo analítico, transversal, de caráter quantitativo e documental. Os participantes tiveram o diagnóstico de Covid-19 confirmado através de exame RT-PCR entre abril de 2020 e abril de 2021. Os dados foram coletados através de planilhas de monitoramento da Vigilância Epidemiológica do município e tabulados em planilhas no Google Drive, sendo os quantitativos expressos através de média e desvio padrão (DP), e os categóricos descritos por contagem e percentual. Participaram do estudo 1712 indivíduos, com idade média de 38,76 anos (±18,26), 53,62% (n=918) do sexo feminino. Do total, 82,01% (n=1404) não possuíam doenças prévias. Entre os 17,99% (n=308) que as tinham, 29,9% (n=92) possuíam um perfil de multimorbidades, principalmente por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi predominante, acometendo 10,92% (n=187) dos pacientes, seguida pelo Diabetes (4,67%, n=80) e pelas Cardiopatias (1,58%, n=27). A infecção pelo coronavírus ocorreu com maior frequência em indivíduos sem morbidades prévias associadas. Entre os pacientes já diagnosticados com alguma doença, as DCNT constituíram o principal perfil de morbidades, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) predominante, reafirmando a importância de uma assistência de saúde de qualidade e integral, a fim de eufemizar o impacto da doença nesses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. Comorbidade. Hipertensão. Perfil epidemiológico.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND COMORBIDITIES IN PATIENTS WITH LABORATORY DIAGNOSIS OF COVID-19 IN A CITY IN THE MIDWEST OF SANTA CATARINA

ABSTRACT: Comorbidities consist of the association of two or more diseases that affect an individual concomitantly. Especially in times of pandemic, it raises a concern when preexisting conditions are relate to infection by

the coronavirus, potentiating as risk factors for the aggravation of the the patient's health status. In this context, the aim of the study was to identify the epidemiological profile and comorbidities in patients diagnosed with Covid-19 in a city in the midwest of Santa Catarina. This is an analytical, cross-sectional, quantitative and documentary study. Participants had the diagnosis of Covid-19 confirmed by RT-PCR exam between April 2020 and April 2021. Data were collected through monitoring spreadsheets of the city's Epidemiological Surveillance and tabulated on Google Drive, with quantitative data expressed as mean and standard deviation (SD), and categorical described as number and percentage. A total of 1712 individuals participated of the study, with a mean age of 38.76 years (±18.26), 53.62% (n=918) female. Of the total, 82.01% (n=1404) had no previous diseases. Among the 17.99% (n=308) who had them, 29.9% (n=92) had a multimorbidity profile, mainly due to Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs). Systemic Arterial Hypertension (SAH) was predominant, affecting 10.92% (n=187) of patients, followed by Diabetes (4.67%, n=80) and Heart Disease (1.58%, n=27). Coronavirus infection occurred more frequently in individuals without previous associated morbidities. Among patients already diagnosed with a disease, NCDs constituted the main morbidity profile, with Systemic Arterial Hypertension (SAH) being predominant, reaffirming the importance of quality and comprehensive health care, in order to euphemize the impact of the disease on these individuals.
KEYWORDS: Covid-19. Comorbidity. Hypertension. Health profile.

1 I INTRODUÇÃO

Em tempo algum verificou-se uma doença que num espaço de tempo relativamente curto e com tamanha velocidade, foi tão efetivamente estudada e documentada como a COVID-19. Desde sua ascensão no final do ano de 2019, e com sua disseminação em diversos países do mundo, os efeitos foram rapidamente identificados, sobretudo no âmbito sanitário. Por se tratar de uma patologia recente, com particularidades e manifestações diferentes em cada organismo, muitos obstáculos emergem no seu enfrentamento, principalmente quando associada a condições de saúde preexistentes.

Considerando o cenário pandêmico que estamos vivenciando, muito se fala em comorbidades, bem como nos aspectos inerentes a elas. De maneira geral, o termo comorbidade remete à associação de duas ou mais doenças que acometem um indivíduo concomitantemente. Ainda que mais comuns em idosos, as comorbidades podem se manifestar em todas as faixas etárias, interferindo direta ou indiretamente no estado de saúde das pessoas.

Mais do que nunca, nas esferas pública e privada, em todos os níveis de atenção, atenta-se à assistência prestada a pessoas com morbidades prévias, pois sabe-se que elas constituem importante fator de risco para a infecção pelo coronavírus e que, quando associadas, potencializam o agravamento da situação de saúde dos pacientes, tornando-os mais susceptíveis a desenvolver a forma grave da doença e evoluir a óbito.

Nesse contexto, buscou-se identificar o perfil epidemiológico e de comorbidades nos pacientes com diagnóstico laboratorial de Covid-19 de um município do meio oeste

catarinense, enfatizando as doenças predominantes, evidenciando a proporção de multimorbidades na amostra analisada e apontando seu impacto no desfecho do quadro destes pacientes.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico e transversal, de caráter quantitativo e documental, realizado com 1712 indivíduos residentes em um município do meio oeste catarinense e diagnosticados com Covid-19. Para estratificação da amostra foi utilizado como critério o diagnóstico positivo através da técnica de RT-PCR, que consiste na "Reação em Cadeia da Polimerase por Transcriptase Reversa em Tempo Real" (PINILLA et al, 2020 *apud* TRINDADE; FORTES, 2021) entre abril de 2020 e abril de 2021.

Tal método é considerado padrão ouro no diagnóstico de Covid-19, sobretudo em fase aguda de infecção (TRINDADE; FORTES, 2021), inclusive sob recomendação da Organização Mundial da Saúde. Isso se deve à alta sensibilidade e especificidade da técnica, que permitem a detecção de casos verdadeiramente positivos e evitando casos falso-negativos, respectivamente. (PAVÃO et al, 2020).

O presente trabalho foi incentivado pelo UNIEDU – Programa de Bolsa Universitária de Santa Catarina através do artigo 170/CE – e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina/Hospital Universitário Santa Terezinha, sob parecer número 4.379.567 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 39151020.0.0000.5367.

A coleta dos dados se deu de forma documental, através dos registros de monitoramento da vigilância epidemiológica do município de Herval d´Oeste – SC, realizados no período citado, mediante consentimento da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, que se tornou instituição coparticipante do estudo.

Os dados foram avaliados de forma simétrica, sendo selecionados apenas aqueles participantes que correspondem aos requisitos desta pesquisa, atendendo ao seguinte critério de inclusão: ter diagnóstico positivo de Covid-19 através do método RT-PCR, assim registrado no monitoramento da vigilância epidemiológica municipal, indicando a notificação do caso e acompanhamento do mesmo.

Para a coleta de dados foi utilizado instrumento semiestruturado, elaborado e validado pelos autores, buscando estratificar as características mais pertinentes relacionadas ao perfil epidemiológico dos participantes e analisar seus fatores condicionantes de saúde.

As variáveis independentes utilizadas foram sexo (masculino e feminino), faixa etária (0 - 11 anos; 12 - 17 anos; 18 - 24 anos; 25 - 59 anos e 60 anos ou mais) e profissão. Para análise, os dados obtidos foram tabulados em planilhas do Google Drive, sendo os quantitativos expressos por frequência absoluta, descritos através de média e desvio padrão (DP), e as variáveis categóricas expressas por contagem e percentual. Ainda, foram

estimadas as frequências de número de contatos domiciliares, desfecho dos quadros de Covid-19, as morbidades apresentadas e a quantidade das mesmas por indivíduo.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 1712 indivíduos diagnosticados previamente com Covid-19 através do exame RT-PCR, de ambos os sexos, sendo 53,62% (n=918) do sexo feminino. Possuíam idade entre 2 meses e 96 anos, 64,66% (n=1107) eram adultos e 13,38% (n=229) idosos, sendo a idade média 38,76 anos (±18,26). A faixa etária dos participantes está especificada na Tabela 1, assim como gênero e profissão.

Variável	n (1712)	%	Média	DP
Gênero				
Feminino	918	53,62		
Masculino	794	46,38		
Idade (2 meses a 96 anos)			38,76	18,26
Faixa etária				
Criança (0-11 anos)	114	6,66		
Adolescente (12-17 anos)	86	5,02		
Jovens (18-24 anos)	176	10,28		
Adultos (25-59 anos)	1107	64,66		
Idosos (≥ 60 anos)	229	13,38		
Profissão				
Estudante	159	9,29		
Estagiário/Aprendiz	14	0,82		
Profissionais de saúde	67	3,91		
Autônomo	42	2,45		
Aposentado/afastado	239	13,96		
Outros	1003	58,59		
Não trabalha	166	9,70		
Não informado	22	1,28		

Tabela 1 – Gênero, faixa etária e profissão de indivíduos com COVID-19. Herval d’Oeste, SC, Brasil, 2021.

O perfil epidemiológico evidenciado neste estudo muito se parece com o encontrado por Galvão e Roncalli (2020), cujo estudo teve como objetivo a análise da sobrevivência dos indivíduos com Covid-19, bem como os fatores de risco para os óbitos pela doença. Segundo os autores, prever o perfil epidemiológico dos infectados pelo coronavírus prevê a demanda e possibilita o melhor preparo hospitalar para assistir os pacientes com a doença. (GALVÃO; RONCALLI, 2020).

Constatou-se que o gênero não é uma variável determinante para o contágio pelo coronavírus, embora a ligeira maioria dos indivíduos tenha sido do sexo feminino. A faixa etária predominante em incidência de casos é a dos adultos, seguida pelos idosos, que são grupo de risco para o desenvolvimento da forma grave da doença e que, à medida que passam pelo processo de envelhecimento, são acometidos mais facilmente pelas

comorbidades.

Os participantes do estudo em sua maioria são estudantes e/ou economicamente ativos. Portanto, seja na escola, na universidade, no trabalho ou afins, entram em contato com ambientes e pessoas que podem viabilizar o contágio pelo coronavírus.

Ainda, somente 5,14%(n=88) dos participantes moram sozinhos, outros 11,51% (n=197) não informaram este dado, e 83,35% (n=1427) compartilham residência com outra(s) pessoa(s), constituindo uma média de 2,44% (±1,74) contatos domiciliares, o que possibilita o contágio intradomiciliar bidirecional, seja ele direto ou indireto.

Entre os participantes do estudo, 98,83% (n=1692) tiveram a convalescença do quadro – recebendo, portanto, alta do episódio – e 1,17% (n=20) evoluíram a óbito, sendo que do total 2,80% (n=48) foram hospitalizados (Tabela 2). Em nível nacional, evidencia-se que as proporções de mortalidade são superiores – especialmente nas faixas etárias mais longevas, – visto que o coeficiente de letalidade atingiu 2,8% em setembro de 2021. (BRASIL, 2020).

Ademais, constatou-se que 75% (n=15) dos óbitos e 50% (n=24) das hospitalizações se deu em pacientes que possuíam alguma comorbidade associada, achado semelhante aos de outros estudos, como o de Galvão e Roncali (2020), que identificou que quase 70% dos óbitos por Covid-19 ocorreu em pacientes com comorbidades.

Hospitalização	**Alta**		**Óbito**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
Sim	37	2,16	11	0,64	48	2,80
Não	1655	96,67	9	0,53	1664	97,20
Total	1692	98,83	20	1,17	1712	100

Tabela 2 – Desfecho do quadro infeccioso por Covid-19. Herval d'Oeste, SC, Brasil, 2021.

Em relação às comorbidades, 82,01% (n=1404) não possuíam doenças de base previamente diagnosticadas. Esse resultado se afasta do encontrado por Vasquez-Garcia et al. (2020) e por Lagi et. al. (2020), no qual as condições crônicas aparecem em aproximadamente 47% e 58,3% dos indivíduos em processo de infecção pelo coronavírus, respectivamente.

No presente estudo, os fatores considerados de risco para desenvolvimento da forma grave da doença não foram determinantes para o diagnóstico de infecção nos indivíduos das diversas faixas etárias, visto que a mesma acometeu indivíduos que em sua maioria não possuíam doenças prévias.

Os 17,99% (n=308) restantes tinham uma ou mais doenças associadas (Tabela 3), sendo que destes, 29,88% (n=92) apresentaram perfil de multimorbidades (duas ou mais doenças crônicas concomitantes em um indivíduo).

Número de comorbidades	n	%
Nenhuma	1404	82,01
Uma comorbidade	216	12,62
Duas comorbidades	75	4,38
Três comorbidades ou mais	17	0,99
Total	1712	100

Tabela 3 – Número de comorbidades referidas por indivíduo. Herval d'Oeste, SC, Brasil, 2021.

Ainda entre as pessoas com doenças prévias (n=308), a díade mais observada foi Hipertensão e Diabetes, que estavam presentes em 14,93% (n=46), e ambas associadas a demais doenças em outros 4,22% (n=13). A Tabela 4 ilustra e especifica as morbidades referidas na amostra analisada. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi predominante, acometendo 60,71% (n=187), seguida pela Diabetes (25,97%, n=80) e pelas Cardiopatias (8,77%, n=27).

Comorbidade	n	%
Alzheimer	4	1,30
Ansiedade	4	1,30
Asma	9	2,92
Bronquite	9	2,92
Câncer	9	2,92
Cardiopatia	27	8,77
Diabetes	80	25,97
Dislipidemia	9	2,92
Distúrbio de tireoide	26	8,44
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	187	60,71
Obesidade	6	1,95
Outras doenças respiratórias	8	2,60
Outros	38	12,34

Tabela 4 – Comorbidades apresentadas pelos indivíduos. Herval d'Oeste, SC, Brasil, 2021.

Estes achados evidenciam que o perfil de comorbidades em pacientes com Covid-19 se constrói principalmente por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que constituem importante problema de saúde pública (WHO, 2018). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) traz a hipertensão arterial sistêmica como a condição crônica de saúde mais comum entre os brasileiros, tendo maior representação com o avançar da idade dos indivíduos.

De forma semelhante, a Diabetes Mellitus se condiciona com ampla representatividade traz inúmeras consequências vasculares sendo que o aumento de sua prevalência está associado também a fatores como transição epidemiológica, envelhecimento populacional e aumento da sobrevida dos portadores da doença (SBD, 2019). Considerando que "a hipertensão arterial é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos com diabetes" (SBD, 2019, p. 15), deve-se atentar às consequências vasculares e hemodinâmicas ocasionadas por ambas as condições, que quando concomitantes à Covid-19, podem se agravar devido ao

quadro infeccioso ou e vice-versa, piorando o prognóstico do indivíduo.

A presença deste perfil entre os infectados pelo coronavírus exige atenção específica no controle das patologias de base já diagnosticadas e na prevenção da ocorrência da forma grave da doença nesses indivíduos, visto que a presença de comorbidades se consolidou como um dos principais fatores de risco para tal.

4 I CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que embora tenha ocorrido com maior frequência nos indivíduos sem morbidades associadas, a infecção pelo coronavírus ocorreu em indivíduos com comorbidades previamente diagnosticadas, com perfil predominantemente por DCNT, sobretudo pela hipertensão.

Esses achados reafirmam a importância da assistência em saúde integral e de qualidade, sobretudo em tempos de pandemia, tanto na atenção básica com foco no diagnóstico precoce de DCNT, promoção e educação em saúde quanto a nível ambulatorial e hospitalar, a fim de eufemizar o impacto da doença nesses indivíduos.

Espera-se que estudo incentive novas iniciativas que também busquem trazer esse contexto à realidade local para que, a partir da identificação do perfil dos indivíduos acometidos pelo coronavírus, se aprimore as estratégias de assistência e mantenha uma abordagem efetiva e holística aos pacientes infectados, sanando assim todas as suas necessidades não só em fase aguda de infecção, mas oferecendo suporte prolongado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Painel coronavírus.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 09 set. 2021

GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; RONCALLI, Angelo Giuseppe. **Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados.** Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.L.], v. 23. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/WrTTwBdqgBhYmpBH7RX4HNC/?lang=pt#. Acesso em 03 set. 2021.

LAGI, F., et al., **Early experience of an infectious and tropical diseases unit during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic**, Italy, February to March 2020. Eurosurveillance. v. 25, n. 17, p. 1-6, 2020.

PAVÃO, Ana Luiza., *et al.* **Nota Técnica. Considerações sobre o diagnóstico laboratorial da Covid-19 no Brasil.** Rio de Janeiro, 2020.

SBC. **7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Brasil, 2019.

TRINDADE, Natalí da Silva; FORTES, Iaci Gama. **RT-PCR: importância e limitações no diagnóstico da covid-19** / rt-pcr. Brazilian Journal Of Development, [S.L.], v. 7, n. 8, p. 85067-85075, 28 ago. 2021. South Florida Publishing LLC. http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n8-627.

VÁZQUEZ-GARCÍA, Daniel. *et al.* **Características epidemiológicas de los pacientes fallecidos en los servicios de urgencias hospitalarios del sistema aragonés de salud y su relación con el índice de comorbilidad**. Emergências. v. 32, n.1, p. 162-168, 2020.

WHO – World Health Organization. **Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016**. Geneva: World Health Organization; 2018

CAPÍTULO 16

PESSOAS COM COMORBIDADES E A IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 20/09/2021

Edilma Gomes Rocha Cavalcante
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/9472678147369173

Dinayara Teles Conrado Cajazeiras
Secretária Municipal de Saúde
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/2376258790421206

Lívia Maria dos Santos
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/8054973855731016

Rosângela Rodrigues Moura
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
https://orcid.org/0000-0002-4454-1429

Janayle Kéllen Duarte de Sales
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/3321214405463747

Jessyca Moreira Maciel
Universidade Regional do Cariri – URCA
Acopiara-Ceará
http://lattes.cnpq.br/9469562666025619

Lívia Monteiro Rodrigues
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/9509828755712530

Sheron Maria Silva Santos
Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-Ceará
http://lattes.cnpq.br/1403975962494894

RESUMO: objetivou-se relatar as experiências de acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem frente à campanha de imunização contra Covid-19 em pessoas dos grupos prioritários. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem referente à campanha de vacinação contra Covi-19 em pessoas com comorbidades. As atividades de vacinação foram realizadas pela Secretaria de Saúde de um município da Região Sul do Ceará. Participaram desse estudo três acadêmicas de Enfermagem do 9º semestre, uma supervisora e uma enfermeira do município. A prática ocorreu no dia 31 de maio de 2021. Verificou-se que 64 indivíduos portavam cardiopatias, com Hipertensão Arterial Sistêmica de graus variados entre I, II e III. Identificou-se ainda, 68 indivíduos que apresentavam Diabetes Mellitus e 43 pessoas apresentaram as duas comorbidades simultaneamente, ainda, 10 pessoas portavam obesidade de grau III ou mórbida. Constatou-se seis pessoas com pneumopatias e seis com imunodeficiências. Na abordagem e sensibilidade às pessoas com comorbidade durante e a imunização utilizou-se uma lista disponibilizada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a qual constava nome, CPF, data de nascimento e registro das pessoas que seriam vacinadas com a primeira dose. Após a vacinação, todas as pessoas foram orientadas quanto à realização da

2ª dose da vacina. Grandes partes dos vacinados apresentaram-se satisfeitos por iniciarem a imunização e confirmaram a dose administrada por meio de foto registro ou participação de um acompanhante. A experiência permitiu os acadêmicos identificarem as principais morbidades entre as pessoas vacinadas e a necessidade de orientá-las quanto ao retorno da segunda dose para assegurar a imunidade diante suas vulnerabilidades. Assim como a importância da participação dos acadêmicos de enfermagem nesse momento histórico e no desenvolvimento da prática de administração de imunobiológicos.
PALAVRAS-CHAVE: Vacinas; Covid-19; Comorbidade; Enfermagem.

PEOPLE WITH COMORBIDITIES AND IMMUNIZATION AGAINST COVID-19: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: the aim was to report the experiences of undergraduate nursing students facing the immunization campaign against Covid-19 in people from priority groups. This is an experience report of nursing students regarding the vaccination campaign against Covi-19 in people with comorbidities. Vaccination activities were carried out by the Health Department of a municipality in the southern region of Ceará. Three nursing students from the 9th semester participated in this study, a supervisor and a municipal nurse. The practice took place on May 31, 2021. It was found that 64 individuals had heart diseases, with Systemic Arterial Hypertension of varying degrees I, II and III. It was also identified 68 individuals who had Diabetes Mellitus and 43 people had both comorbidities simultaneously, yet 10 people had grade III or morbid obesity. Six people with lung diseases and six with immunodeficiencies were found. In the approach and sensitivity to people with comorbidity during and immunization, a list made available by the Health Department of the State of Ceará was used, which included name, CPF, date of birth and registration of people who would be vaccinated with the first dose. After vaccination, all people were instructed about the 2nd dose of the vaccine. Large parts of those vaccinated were satisfied with starting the immunization and confirmed the dose administered through photo registration or the participation of a companion. The experience allowed students to identify the main morbidities among vaccinated people and the need to guide them regarding the return of the second dose to ensure immunity against their vulnerabilities. As well as the importance of the participation of nursing students in this historical moment and in the development of the practice of administering immunobiologicals.
KEYWORDS: Vaccines; Covid-19; Comorbidity; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Identificado inicialmente em Wuhan na China, a Covid-19 é uma patologia caracterizada como uma síndrome respiratória aguda grave, causada pelo SARS-CoV-2, com prognóstico de altas taxas de incidência e mortalidade. Em janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a doença causada pela Covid-19 se configurava como uma desordem de Saúde Pública sendo posteriormente designada como pandemia (SANTANA et al., 2020).

Esse contexto se tornou complexo e desafiador para vigilância epidemiológica de vários países, que de inicio não estavam preparados para enfrentar a rápida disseminação

da pandemia. Várias estratégias foram desenvolvidas com vistas a minimizar a propagação do vírus, a saber: a lavagem correta das mãos, etiqueta respiratória, o uso de máscara e isolamento físico a exceção de serviços essenciais à saúde e a compra de alimentos. (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020; AQUINO et al., 2020).

Mesmo com a prática dessas estratégias de prevenção contra a Covid-19, houve um colapso dos Sistemas de Saúde que culminou com a necessidade urgentemente de uma vacina que fortalecesse a diminuição dos casos graves de Covid-19 e consequentemente reduzisse o número de óbitos (BRASIL, 2020; ATEHORTUA; PATINO, 2021).

Em 17 de janeiro de 2021, o Brasil teve duas vacinas autorizadas pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para uso na população. Esses imunizantes foram desenvolvidos a partir de estudos efetuados pelo Butantan juntamente com uma empresa farmacêutica Chinesa e a Fundação Osvaldo Cruz (BRASIL, 2021).

Esse avanço proporcionou que Ministério da Saúde (MS) frente o Programa Nacional de Vacinação (PNI) desenvolvesse o plano de vacinação, que consiste em estratégias com vistas à vacinação da população brasileira. Com o objetivo da vacinação contra Covid-19, foi decidido como procedência, alguns aspectos, dentre eles a vacinação dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença e a proteção dos demais indivíduos vulneráveis aos maiores impactos da pandemia, esses dois, os chamados grupos prioritários (BRASIL, 2021).

Dentre os grupos priorizados que apresentam risco elevado para hospitalização e mortalidade por Covid-19, pode-se destacar as pessoas com mais de 60 anos e/ou pessoas com comorbidades que sofrem risco maior quando comparado com os demais grupos, sendo que o risco cresce de acordo com a faixa etária (BRASIL, 2021).

Diante das particularidades vivenciadas durante o atual cenário da pandemia da covid-19, e a disponibilidade de vários postos de imunização, houve a oportunidade dos discentes dos cursos de graduação em enfermagem de participarem dessa campanha na busca de auxiliarem na vacinação em massa da população.

Com isso, surgiu o interesse em relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino público da região sul do Ceará. O presente tema constitui relevância à enfermagem contemporânea por abordar aspectos vivenciados por acadêmicos de enfermagem frente ao combate da Covid-19.

Mediante o exposto, o presente estudo tem como objetivo, relatar as experiências de acadêmicos do curso de graduação de Enfermagem frente à campanha de imunização contra Covid-19 em pessoas dos grupos priorizados.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem referente à

campanha de vacinação contra COVID-19 em pessoas com comorbidades com faixa etária de 40 a 59 anos.

As atividades de vacinação foram realizadas pela Secretaria de Saúde de um município um município da Região Sul do Ceará, que nesse momento de pandemia, se utilizou do espaço de uma instituição do ensino superior. Assim esse contexto, tem servido de centro de vacinação para atender a população por apresentar amplo espaço e ter fácil acesso, na busca de garantir a acessibilidade geográfica e contemplar os aspectos sócio-organizacaional. Assim tem ofertado serviço de saúde e buscando prestar os cuidados em saúde referentes a esse momento para atender as necessidades de vacinar a população.

Nesse contexto, foram disponibilizadas quatro a cinco salas de vacinações, com enfermeiras e técnicas de enfermagem, que ocorrem de segunda a sexta-feira, no período de manhã e tarde, iniciando às 8 horas e finalizando às 17 horas.

Participaram desse estudo três acadêmicas de Enfermagem do 9º semestre, uma supervisora e uma enfermeira do município. A prática ocorreu no 31 de maio de 2021 e, portanto, esse momento representa um recorte dos que ocorreu em duas das cinco salas de vacinação.

Ressalta-se que a secretaria de saúde disponibilizou todos os recursos humanos e insumos para identificação e administração dos imunobiológicos às pessoas com comorbidades. Assim, o município seguiu as diretrizes do Plano Nacional de Imunização (PNI), que estabelece as pessoas como prioridade na vacinação que eram: Diabetes, Pneumopatias crônicas graves; Hipertensão Arterial Resistente (HAR), Hipertensão arterial estágio 3, Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade, Doença renal crônica, Imunocomprometidos, Hemoglobinopatias graves: doença falciforme e talassemia maior, Obesidade mórbida, Síndrome de Down e Cirrose hepática.

Dentre as doenças Cardiovasculares estavam: Insuficiência Cardíaca, Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar, Cardiopatia Hipertensiva, Síndromes Coronarianas, Valvopatias, Miocardiopatias e Pericardiopatias, Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas, Arritmias cardíacas, Cardiopatias congênitas no adulto e Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados.

Referente às doenças neurológicas crônicas foram**:** Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, Ataque isquêmico transitório, Demência Vascular, Doenças neurológicas que impactam na função respiratória, Paralisia Cerebral, Esclerose Múltipla, Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular e Deficiência neurológica grave.

Assim, para vacinar contra a Covid-19, as pessoas com comorbidade precisam comprovar a condição de saúde que deveria apresentar no momento do atendimento, seja eles disponibilizados por profissionais da rede pública ou particular.

Nesse relato emergiu duas categorias de análise: “características dos pacientes com comorbidades vacinados contra COVID-19” e “abordagem e sensibilidades na administração

de imunobiológicos às pessoas com comorbidades” as quais serão discutidas conforme a literatura cientifica.

Ressalta-se que este estudo, por se constituir em um relato de experiência, não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, durante o seu desenvolvimento foram considerados os preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS

Características dos pacientes com comorbidades vacinados contra COVID-19

Os estudantes identificaram a caracterização das pessoas com morbidades submetidas à vacinação contra COVID-19, assim, verificou-se que 64 dos indivíduos portavam de cardiopatias, por conta da hipertensão arterial sistêmicas e com graus variados entre I, II e III. Identificou-se ainda 68 apresentaram diabetes mellitus e 43 pessoas apresentaram as duas comorbidades simultaneamente.

Além disso, 10 indivíduos portavam obesidade de grau III ou obesidade mórbida. Constatou-se ainda seis pessoas que atestaram pneumopatias e seis alegaram imunodeficiências.

Mesmo em dados quantitativos menores, pacientes com transtorno mental tiveram acesso ao serviço e foram conduzidos por familiares para realização da administração do imunobiológico.

Após a vacinação, todas as pessoas foram orientadas quanto à realização da 2ª dose da vacina. Grande parte dos vacinados apresentaram-se satisfeitos por iniciarem a imunização e confirmaram a dose administrada por meio de foto registro ou participação de um acompanhante.

Abordagem e sensibilidades às pessoas com comorbidade durante e a imunização

Para identificação das pessoas a serem imunizadas, utilizou-se uma lista disponibilizada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), a qual constava nome, CPF, data de nascimento e registro das pessoas que seriam vacinadas com a primeira dose da AstraZeneca (Oxford/Fiocruz) devidamente agendadas por meio do site Saúde Digital.

Todas as pessoas a serem imunizadas possuíam obrigatoriamente a identificação documento oficial com foto, a citar Registro Geral (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Para certificação quanto à comorbidade existente foi exigido atestado médico, laudo médico com respectivo CID ou descrição cursiva da comorbidade e/ou declaração de enfermeiro em versão original devidamente assinados e carimbados com um prazo máximo de 1 (um) ano até a data da vacinação que comprovavam o acompanhamento da condição

crônica ou comorbidade. Salienta-se que tais documentos foram deixados no Centro de Vacinação para comprovação.

Para pacientes que atestavam transtorno mental, física, visual ou auditiva permanentes, além da comprovação via carimbo de médico/enfermeiro também foi aceito como comprovação carteira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Passe Livre de Transporte Público como documento corroborável respectivamente.

Após averiguação da documentação exigida os indivíduos foram orientados a adentrarem na sala e aguardar a sua vez para receber o imunizante. Nesse espaço, respeitaram-se o número máximo de presentes e o distanciamento social acatando, deste modo, as recomendações do MS para evitar novas infecções pelo sars-cov-2.

Outro fator relevante na fase das comorbidades foi a adesão dos pacientes com deficiência permanente, seja ela física, auditiva, visual ou algum transtorno mental para vacinação. Aspectos inerentes devido à falta de locomoção para aqueles pacientes deficientes físicos fez com que a vacinação fosse realizada fora da sala de vacina, em veículos de locomoção própria do paciente. Salienta-se que o Centro de Vacinação do respectivo município tinha rampas de acesso.

Condutas lúdicas também foram adotadas pelos enfermeiros para aqueles pacientes deficientes mentais, pois se tornaram essenciais para a efetividade da aplicação da vacina diante os receios e medos. Isso fez com que o processo de administração dos imunobiológicos fosse mais demorado, no entanto a adoção dessas medidas cabíveis, paciência e ambiência foram necessárias para a aplicação da vacina sendo então executada com segurança.

4 | DISCUSSÃO

Relatar experiências exitosas frente à campanha de imunização contra a COVID-19 nas pessoas com comorbidades proporciona a ampliação dos conhecimentos dos discentes de enfermagem referente à importância da atuação profissional nas campanhas de vacinação. Partindo do pressuposto que a vacinação contra a COVID-19 já era um evento altamente esperado pela população brasileira, essa fase se tornou prioritária na vida de muitos cidadãos. Deste modo, a expectativa gerada pela aplicação da primeira dose foi satisfatória ao grupo prioritário em especial as pessoas com comorbidades.

A crise produzida pela pandemia da COVID-19 gerou impactos negativos nos mais diversos campos da sociedade, na saúde, economia, política, cultura, dentre muitos outros. Dessa forma, era justificável a grande ansiedade da população pela aprovação da vacinação no Brasil e a necessidade de criar um plano nacional de vacinação para organizar a campanha, principalmente para os grupos prioritários que tinham maior risco de adoecer, ter complicações e óbito (DOMINGUES, 2021).

Nesse estudo, durante a vacinação do grupo prioritário com comorbidades,

verificou-se que as mais evidentes nas pessoas presentes foram: as cardiopatias, pessoas acometidas com HAS, DM, pneumopatias e algumas pessoas com transtornos mentais.

Diante o exposto, a escolha desse grupo de risco prioritário, em especial as pessoas com doenças cardiovasculares, mostrou-se relevante pois estes podem cursar com inflamação sistêmica, insuficiência real aguda, estado pro-trombótico. Além da evidência de influenza que curso com fenômenos trombóticos e inflamatórios, reações vacinais graves em cardiopatas na influenza que são raras, as vacinas mostraram-se seguras e já testadas em subgrupos de idosos e cardiopatas, eficazes com o desenvolvimento de quadros mais graves em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, haja vista provavelmente pela inflamação crônica dos sistemas (MARTINS et al., 2021).

Todos os pacientes que compareceram para imunização apresentaram todos os itens obrigatórios para vacinação, como documento oficial com foto, bem como documento que atestasse a sua comorbidade. A identificação correta do paciente, bem como a comprovação apropriada da sua comorbidade, facilita o seguimento do fluxo para vacinação que foi estabelecido pelo governo do estado do Ceará.

Os resultados deste relato apresentaram boa adesão à vacinação. No entanto, vale ressaltar que a chegada de novas vacinas pode provocar a resistência ou a recusa vacinal. No caso da vacina contra covid-19 acredita-se que esse fenômeno pode ser acentuado pela disseminação de informações falsas pelas mídias e redes sociais promovendo compreensão equivocada da população. No geral as pessoas não conhecem os trâmites e protocolos técnicos da produção de imunizantes, e o sentimento de medo e insegurança causados pelo desenvolvimento de vacinas em menos de um ano podem comprometer o andamento da vacinação (SOUTO; KABAD, 2020).

Nesse sentido, é de grande importância que os profissionais da saúde realizem orientações quanto a necessidade de completar o esquema de vacinação contra Covid-19, tendo em vista que a segunda dose proporciona a imunização completa contra essa patologia. A vacinação da população mostra-se importante não somente por efetuar a proteção individual, mas proporciona a diminuição da propagação da doença evitando o comprometendo a qualidade de vida e de saúde da população em geral.

Destaca-se a presença das pessoas com transtorno mental na vacinação. Estudos sugerem que a história de doença mental pode influenciar nos resultados clínicos da covid-19, considerando a doença mental grave como um fator de risco para doença, o que justifica atenção adicional às pessoas com essa comorbidade (LI; et al, 2020; LEE; et al, 2020). Diante disso, é decisivo para essa população, receber a vacina contra a covid-19 para garantir maior proteção contra a contaminação pela doença e possíveis complicações pela mesma.

Todos os pacientes que compareceram para imunização apresentaram todos os itens obrigatórios para vacinação, como documento oficial com foto, bem como documento que atestasse a sua comorbidade. A identificação correta do paciente, bem como a

comprovação apropriada da sua comorbidade, facilita o seguimento do fluxo para vacinação que foi estabelecido pelo governo do estado do Ceará.

É evidente que a participação acadêmica frente à pandemia da Covid-19, especialmente na prática, é uma forma de contribuir positivamente com a população, e principalmente com os conhecimentos na formação dos acadêmicos. Outros relatos de experiência demonstram que a inserção de acadêmicos de enfermagem nas unidades de saúde contribui de forma significativa para a capacitação profissional, pelo contato com o serviço, população e as equipes de saúde, de forma especial no contexto da pandemia (PEDREIRA; et al, 2021; JUNIOR; et al, 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência dos acadêmicos de enfermagem, nesse período de vacinação contra covid-19, permitiu identificar as principais morbidades entre as pessoas vacinadas e a necessidade de orientá-las quanto ao retorno da segunda dose para assegurar a imunidade diante suas vulnerabilidades. Assim como a importância da participação dos acadêmicos de enfermagem nesse momento histórico e no desenvolvimento da prática de administração de imunobiológicos.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L.; SILVEIRA, I.H.; PESCARINI, J.M.; et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020.

ATEHORTUA, N.A.; PATINO, S. COVID - 19, a tale of two pandemics: novel coronavirus and fake news messaging. **Health Promotion International**, v. 36, n. 2, p. 524-534, 2021. Doi: https://doi.org/10.1093/heapro/daaa140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, De 12 de Dezembro de 2012.** 2012. Acesso em 18 de setembro de 2021. Disponível em: https://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/9_CNS_466_12.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional De Operacionalização Da Vacinação Contra A COVID-19**, 10. Ed. 2021. Acesso em 18 de setembro de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**, 4. Ed, 2020. Acesso em 18 de setembro de 2021. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_adversos_pos_vacinacao.pdf

DOMINGUES, C.M.A.S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, e00344620, 2021.

JUNIOR, J.C.F.P.; BATISTA, G.M.; CAXEIXA, J.L.R.; et al. Atuação de acadêmicos de enfermagem nas ações de enfrentamento da covid-19 em comunidades ribeirinhas do Amazonas: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e5049-e5049, 2020.

KUPFERSCHMIDT, K.; COHEN, J. Can China's COVID-19 strategy work elsewhere? **Science,** v. 367, n. 6482, p. 1061-1062, 2020. Doi: http://dx.doi.org/10.1126 / science.367.6482.1061

LEE, S.W.; YANG, J.M.; MOON, S.Y.; et al. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 12, p. 1025-1031, 2020. Doi: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30421-1.

LI L.; LI F.; FORTUNATI F.; KRYSTAL J.H. Association of a Prior Psychiatric Diagnosis With Mortality Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 9, p. e2023282-e2023282, 2020. Doi: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.23282.

MARTINS, W.D.A.; OLIVEIRA, G.M.M; BRANDÃO, A.A.; et al. Vacinação do Cardiopata contra COVID-19: As Razões da Prioridade. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v. 116, n. 2, p. 213-218, 2021. Doi: https://doi.org/10.36660/abc.20210012.

PEDREIRA, N. P., PEDREIRA, N. P., LIMA, R. S., et al. Vivência do acadêmico de enfermagem frente à campanha de vacinação ao combate a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7326-e7326, 2021.

SANTANA, R.F.; SILVA, M.B.D.; REBOUÇAS, D.A.D.S.; et al. Nursing recommendations for facing dissemination of COVID-19 in Brazilian Nursing Homes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, Suppl 2, 2020. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0260 e20200260.

SOUTO, E.P.; KABAD, J. Hesitação vacinal e os desafios para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 5, e210032, 2020. Doi: https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.210032.

CAPÍTULO 17

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2021

Luiza Jorgetti de Barros

Diandra Ushli de Lima

Caroline Terrazas

RESUMO: Introdução: O transtorno de ansiedade (TA) é uma sensação de desconforto ou sentimento de preocupação antecipada, variando conforme circunstâncias ou intensidade e pode apresentar angústias. Um dos cuidados psicossociais ofertados ao portador de TA são as práticas integrativas e complementares (PICS), realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa terapêutica aplicada no tratamento do TA possibilita um tipo de cuidado que favorece o vínculo terapêuta-paciente e também possibilita o empoderamento e o protagonismo no processo do cuidado. As PICS utilizadas no tratamento do TA são: uso de florais, reiki, yoga e meditações, as quais possibilitam melhora na autoestima, autocontrole e relacionamento interpessoais satisfatórios, como também redução do estresse e do isolamento social, desenvolve habilidades motoras finas e grossas, auxilia no controle corporal e consequentemente melhoria de vida. **Objetivos:** Conhecer o que tem na literatura sobre a utilização das PICS ofertadas na ABS para o tratamento do TA e identificar as PICS mais utilizadas neste caso. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática sem metanálise da literatura científica nacional, sobre TA e PICS na ABS, no período de 2015 à 2020, no idioma português, sendo a questão norteadora: quais são as PICS utilizadas no tratamento do TA. O estudo foi realizado de acordo com recomendações metodológicas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews) para estudos de revisão sistemática. Os critérios de elegibilidade aplicados são o acrônimo PICO (patient, intervention, outcome). A base de dados eletrônica foi LILACS, pelos descritores “PICS”, “transtorno de ansiedade” e “atenção básica à saúde”. Foram encontrados 32 artigos, 25 foram excluídos e 8 incluídos. Os critérios de inclusão foram artigos publicados na integra que tivessem os descritores no resumo e constassem nos resultados as principais PICS para TA na ABS. O critério de exclusão foram artigos que não abordavam as PICS no tratamento de TA na ABS. **Resultados:** No cuidado do TA é notório que as ações das PICS devem ser utilizadas como práticas terapêuticas corporais e mentais. As PICS mais utilizadas neste caso foram: yoga, que possibilita a redução do estresse, regula o sistema nervoso, fortalece o sistema imunológico e aumenta a capacidade de concentração; os florais acarretam a melhora da sensação de angústia diante de eventos estressantes, mantendo a calma, e o reiki promove o equilíbrio energético, trazendo um bem-estar físico e mental. **Conclusão:** Por conseguinte, ao utilizar as PICS na prática profissional interdisciplinar proporciona um cuidado psicossocial pautado na empatia e acolhimento, evidenciou-se os benefícios dessas práticas nos sinais e sintomas. Exerce-se outros tipos de assistência ao portador do TA, da mesma forma que amplia o cuidado humanizado, uma vez que o paciente

é protagonista no seu tratamento. Ademais, é evidente as mudanças na autoestima, no empoderamento do indivíduo, no controle corporal e nas habilidades motoras acarretando melhorias na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de ansiedade, atenção básica, terapias complementares.

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES (ICPS) IN ANXIETY DISORDES IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Anxiety disorder (AD) is a feeling of discomfort, worry, and anguish that varies according to circumstances. The Brazilian National Health System (SUS) offers patients with AD integrative and complementary practices (ICPs) that favor care and assistance through primary health care (BHC). This was a systematic review without meta-analysis of the national scientific literature, from 2015 to 2020, in Portuguese, using the descriptors "ICPs", "anxiety disorder" and "primary health care" and selecting the articles by inclusion and exclusion criteria. Thus, the objective is to know what is in the literature about the use of ICPs offered in Primary Health Care for the treatment of AD and to identify the most used ICPs in this case. Thus, it is possible to list the main ICPs most used in AD, such as yoga, flower remedies, and reiki. Thus, when the patient with AD uses the ICPs in the interdisciplinary professional practice, it is clear the expansion of integrated and humanized care, in addition to providing empowerment, changes in self-esteem, and quality of life.

KEYWORDS: Anxiety Disorder, Primary Health Care, Complementary Therapies.

REFERÊNCIAS

ALVES, Mônica Rocha Rodrigues; JÚNIOR,José Alves Xavier; Sá, ROMEIKA, Barboza Cartaxo Pires; BARROS, Kilma Cunha. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: revisão integrativa sobre a concretização e a integralidade do cuidado em saúde.** 2018. Oline de Pesquisa. Rio de janeiro. Disponível em://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7647/6616. Acesso em 28 Julho 2020

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; PEREIRA, Larissa Maria Vasconcelos; MARTINS, Paula Alvarenga Fiqueiredo; ROHR, Roseane Vargas; PEREIRA Raphael Dias de Mello. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO: APLICABILIDADE E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.** Seminário Nacional de pesquisa em enfermagem. 2013. Disponível em: //www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0070pr.pdf. Acesso em 30 julho de 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **ANSIEDADE.** 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html. Acesso em 23 julho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS):** quais são e para que servem. 2019. Disponível em: //saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares. Acesso em 28 Julho 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **DIRETRIZES METODOLÓGICAS: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO RECURSO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.** 2017. Disponível em: //www.scielo.br/j/rgenf/a/fqh5TRPrRY74rsvBhPGwGsH/?lang=pt. Acesso em: 31 Julho de 2020.

CHAVES, Midiã Marcelina Pereira; LIMA, Antonio Moacir de Jesus; MATOS, Nadaby; MARQUES, Giselia Aparecida; MAFRA, Etna; CARDOSO, Felipe Dávila; FRANÇA, Jacqueline Machado; CHAVES, Ana Quéren Pereira. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (Tai-chi-chuan e Yoga): uma realidade para o Centro de Atenção Psicossocial.** 12º Congresso Internacional da Rede Unida. 2016. Disponível em: http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/4348. Acesso em: 31 Julho de 2020.

FERREIRA, Diego Diz. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICs) NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: a experiência em unidades básicas de saúde em Florianópolis.** Repositório Institucional- UFSC. 2016. Disponível em: //repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/177339. Acesso em: 31 Julho de 2020.

MOHER, David et al. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009. Acesso em 28 Julho 2020

SALLES, Léia fortes; SILVA, Maria Júlia Paes. **EFEITO DAS ESSÊNCIAS DE FLORAIS EM INDIVÍDUOS ANSIOSOS.** 2011. Disponível em: //www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a13v25n2.pdf. Acesso em 28 Julho 2020

SOUZA, Luís Paulo Souza; TEIXEIRA, Fernanda Lílian; DINIZ, Adriane Pinto; SOUZA, Antônia Gonçalves de; DELGADO, Luiz Henrique Viana; VAZ, André Marinho; VIEIRA, Paulo Mauricio de Oliveira; RODRIGUEZ, Patrícia Silva. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL E AOS USUÁRIOS DE DROGAS.** Revista de Psicologia. 2017. Disponível em: //idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775. Acesso em: 31 Julho de 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUAS AFINIDADES ELETIVAS.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350. 2012. Disponível em: //www.scielo.br/j/sausoc/a/5SFpKmSb7vsGcmGfBXCpXRD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 Julho de 2020.

CAPÍTULO 18

PROMOVENDO SAÚDE AOS ALUNOS ESPECIAIS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2021

Vanessa Maria Silvério Mendes
Enfermeira formada pela Universidade Vale do Rio Verde – UNINCOR

João Paulo Soares Fonseca
Orientador Mestre e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Verde – UNINCOR

Janaína Marques da Rocha Freitas
Co-orientadora Mestre em Ciências da Sáude e Presidente da APAE Eloi Mendes

RESUMO: As crianças com necessidades especiais precisam de cuidados diferenciados/ especiais por toda a vida, e para se obter um tratamento deve-se eliminar ou contornar as dificuldades que existem em função de suas limitações, sejam elas emocional, intelectual ou social. Assim, o objetivo desse estudo foi relatar a experiência vivenciada na realização de atividades de educação em saúde às crianças com deficiência intelectual e múltipla da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais da cidade de Eloi Mendes-MG. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, com vivência direta do pesquisador. A população de estudo correspondeu aos alunos de uma sala de aula do período vespertino, na faixa etária de 05 a 11 anos, com síndrome de Down e Transtorno espectro autista. O tema abordado para a realização da atividade foi a higiene corporal. As atividades de educação para saúde foram desenvolvidas da seguinte forma: Primeiro e Segundo momento: participação da rotina da sala com brincadeiras e musica para estabelecer o processo de comunicação e socialização. Terceiro e Quarto momento: apresentação do material de higiene corporal e demonstração com pratica. Quinto e Sexto momento: realização da higiene Corporal. Diante desta perspectiva, com o uso de ferramentas lúdicas, brincadeiras e explicações com demonstração, obteve-se um ótimo resultado. Pois foi possível conciliar a teoria e a pratica de uma maneira divertida, adentrando no mundo deles e com isso levando ao aprendizado. A partir dessa experiência, pode-se observar a importância da inserção do profissional enfermeiro no processo de educação em saúde no âmbito escolar, acerca de hábitos fundamentais para a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, crianças especiais, APAE

PROMOTING HEALTH TO SPECIAL STUDENTS OF THE MEMBERSHIP OF PARENTS AND FRIENDS OF EXCEPTIONAL PEOPLE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Children with special needs need special / differentiated care throughout their lives, and in order to obtain treatment, one must eliminate or overcome the difficulties that exist due to their limitations, be they emotional, intellectual or social. Thus, the objective of this study was to report the experience of health education activities to children with intellectual and multiple disabilities of the Association of Parents and Friends of the Exceptional in the

city of Eloi Mendes-MG. Methodology: This is an experience report, with direct experience of the researcher. The study population corresponded to the students of a classroom of the afternoon period, in the age group of 05 to 11 years, with Down syndrome and autistic spectrum disorder. The subject approached for the accomplishment of the activity was the corporal hygiene. The activities of health education were developed as follows: First and Second moments: participation of the routine of the room with games and music to establish the process of communication and socialization. Third and fourth moment: presentation of the material of corporal hygiene and demonstration with practice. Fifth and Sixth moments: corporal hygiene. From this perspective, with the use of play tools, jokes and explanations with demonstration, a great result was obtained. For it was possible to reconcile theory and practice in an entertaining way, entering into their world and thus leading to learning. From this experience, it is possible to observe the importance of the insertion of the nurse professional in the process of health education in the school context, about habits that are fundamental for the quality of life.
KEYWORDS: Nursing, special children, association of parents and friends of the exceptional.

1 I INTRODUÇÃO

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento infantil que se manifesta antes dos 3 anos de idade e se prolonga por toda a vida. Segundo a Organização das Nações Unidas 2007 (ONU), cerca de 70 milhões de pessoas no mundo são acometidas pelo transtorno, sendo que, em crianças, é mais comum que o câncer, a Aids e o diabetes. Caracteriza-se por um conjunto de sintomas que afeta as áreas da socialização, comunicação e do comportamento e, dentre elas, a mais comprometida é a interação social (SILVA;GAIATO;REVELES,2012).

O autismo infantil foi descrito inicialmente por Kanner em 1943; acreditava-se tratar de um distúrbio do contato afetivo. Como destaque, havia a falta de contato e desenvolvimento social que se apresentava desde o início na vida das crianças, pois elas se comportavam de forma diferente e não se adaptavam ao meio em que viviam, após estudo com onze crianças que tinham comportamento peculiar (JOORMIA, 2007).

As causas do autismo em si continuam desconhecidas, mas uma combinação de fatores como: influências genéticas, vírus, toxinas e poluição, desordens metabólicas, intolerância imunológica, e, uma das principais causas, é por anomalias nas estruturas e funções cerebrais (RODRIGUE, 2008).

Costa *et al.*, (2004) afirmam que os autistas são crianças que preferem ficar sozinhas, evitam contatos olho no olho, não gostam de abraçar, não formam vínculos, gostam de repetir certos atos continuamente, poderão vir a falar mais tarde com crianças da sua idade ou mesmo podem repetir as palavras em forma de ecos, risos e gargalhadas inadequadas, ausência de medo de perigos reais, aparente insensibilidade à dor, forma de brincar estranha e intermitente, conduta distante e retraída, indicam suas necessidades através de gestos, agem como se fossem surdos, crises de choro e extrema angústia

por razões não discerníveis, dificuldades em se misturar com outras crianças, resistem à mudanças de rotina, habilidades motoras fina/grossa desniveladas, hiperatividade física marcante e extrema passividade .

A Lei 12.764/2012 resgata finalmente o sincero comprometimento do Brasil com a promoção dos direitos humanos. Traduzindo-se em valiosíssima e salvífica ferramenta legal de inclusão da pessoa com deficiência, mormente quando impõe ao Poder Público e seus agentes o desenvolvimento de políticas, ações e serviços visando garantir uma vida digna à pessoa com transtorno do espectro autista.

Segundo Buscaglia (2006), apresentar-se com as limitações do filho em qualquer família é sempre um encontro com o desconhecido. Encarar esta inesperada realidade causa a princípio sofrimento, frustrações, confusão e medo. Portanto, exercer a maternidade, assim como a paternidade, torna-se uma experiência complexa, e mesmo existindo o apoio de outros profissionais e familiares, é sobre os pais que recaem as maiores responsabilidades.

O papel do enfermeiro, como profissional, com crianças especiais é estar atento aos sinais e sintomas apresentados pela criança com suspeita dessa patologia, prestando assistência de enfermagem prévia possível, respaldando a família, transmitindo segurança e tranquilidade, certificando-se do bem estar da criança, esclarecendo dúvidas e incentivando o tratamento e acompanhamento do autista (SANTOS, 2008).

A Síndrome de Down (SD) é uma anormalidade, trata-se de uma desordem cromossômica que se caracteriza pela trissomia do cromossomo 21, ou seja, os sindrômicos apresentam três cromossomos 21, ao invés de dois. O diagnóstico pode ser feito também após o nascimento da criança e, inicialmente, por parte das características que são muito comuns aos portadores de Síndrome de Down, como por exemplo, cabeça mais arredondada, olhos puxados, boca pequena, entre outras. Apesar de não haver cura, pesquisas no mundo todo têm sido realizadas nesse sentido e a qualidade de vida dessas pessoas tem sido melhorada significativamente (PUESCHEL,1993).

Segundo Motta (2009), o mais importante é descobrir que o sindrômico pode alcançar um bom desenvolvimento de suas capacidades pessoais e avançar crescentes níveis de realizações e autonomia. Sendo capaz de sentir, amar, aprender, se divertir e trabalhar. Em resumo, ele poderá ocupar um lugar próprio e digno na sociedade, sendo como qualquer outra criança normal, em certos momentos. E ainda afirma: “Embora, de modo geral, sejam sociáveis e muito carinhosas, algumas, eventualmente, são tão desagradáveis quanto qualquer criança normal pode ser, em determinados momentos”.

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada pelo futuro enfermeiro na realização de atividades de educação em saúde para crianças com síndrome de Down e transtorno do espectro autismo (TEA), visando a importância da assistência de enfermagem para a autonomia e qualidade de vida. O tema proposto torna-se fundamental, pois precisamos estar preparados para este cenário, garantindo uma assistência de

enfermagem de qualidade. Dessa forma, considerando que os profissionais de saúde construam caminhos para a inclusão social das pessoas com deficiência.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado durante as atividades de educação para saúde que foram realizadas com os alunos com deficiência (síndrome de Down e autismo), da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Elói Mendes, Sul de Minas Gerais.

Segundo GIL (2008), a pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada.

Atualmente a APAE de Elói Mendes atende mais de 100 pessoas com deficiência intelectual e múltipla, com diferentes tipos e graus, os quais estão divididos nas turmas de: educação infantil e fundamental, centro dia, oficinas e área de saúde.

O quadro atual de colaboradores é constituído de 30 pessoas que desempenham as seguintes funções: educadores, motorista, diretora, coordenador pedagógico, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e auxiliares administrativos. Não há enfermeiro na Instituição.

Na realização da atividade de educação em saúde, trabalhei com os alunos na faixa etária de 05 a 11 anos de uma sala de aula, totalizando 05 crianças. Optou-se por esse grupo visando minimizar os prejuízos sócio cognitivos, somando-se ainda a necessidade do diagnóstico precoce e do envolvimento interdisciplinar.

O tema desenvolvido para a atividade de educação em saúde foi a higiene pessoal. Cabe destacar que esta temática é importante para a promoção da saúde, prevenção de doenças, autonomia e realização da atividade de vida diária, na qual precisam de muito apoio e pratica constante para o aprendizado. A referida atividade no âmbito escolar foi divida em seis momentos. No primeiro e segundo momento: participei da rotina da sala com brincadeiras e música para estabelecer o processo de comunicação e socialização. No terceiro e quarto momento foi apresentado o material de higiene pessoal e realização da pratica com os alunos. No quinto e sexto momento: foi realizado o banho e encerramento da atividade com a distribuição de um kit de higiene.

Todos os momentos foram registrados com fotos pelo próprio pesquisador, salientando que foi entregue aos responsáveis pela criança um termo de autorização de imagem.

Participaram do estudo os alunos que os pais autorizaram a participar com concordância, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), sendo garantido o anonimato dos mesmos em qualquer fase da pesquisa e sem prejuízo ou dano para o participante, além do termo de consentimento da instituição para participação na

pesquisa, sendo possível retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Ressalto que o presente estudo foi submetido a analise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR) para apreciação, obtendo o parecer favorável sob o protocolo CAAE nº 72968117.4.0000.5158. Procurou-se atender aos aspectos da Resolução 466/12, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Primeiro e Segundo Momento: Estabelecer vínculo com as crianças especiais

Os alunos participantes do estudo têm uma rotina diária que é realizada pelo professor e monitor.

O vínculo com as crianças/ público escolhido se deu de maneira suave e gradativa, iniciando com o reconhecimento interno e externo da área para que fosse possível a observação do perfil das crianças. A compreensão de uma equipe de educadores que já desenvolvia atividades foi de extrema importância para desenvolvimento e aplicação da pesquisa.

No primeiro momento fiquei observando as atividades desenvolvidas com os alunos. No segundo momento, participei da acolhida-rodinha, tendo como foco a participação e desenvolvimento da linguagem, comportamentos e interação um com o outro através de músicas e brincadeiras do seu cotidiano, estimulando a amizade e confiança; treino de rua visa estimular o convívio social do indivíduo e melhorar seu comportamento em momentos e atos comuns do dia-a-dia; passeio no parque com objetivo de inclusão na sociedade. Aos poucos, vínculos de amizade foram construídos, facilitando o trabalho.

A afetividade não deve afastar-se da educação, ao contrário, ela é o seu ponto alto, pois são as relações humanas que permitem o aprender e é o afeto que imprime significado à aprendizagem (LEBEDEFF; PEREIRA, 2005).

Nestes dias, observou-se que a motivação e o ponto central, assim como a interação, o lúdico e a diversão, conseguem prender e estimular a criança especial.

FIGURA 01 – Brincadeira com bola e música

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 02 – Brincadeira com bola e música.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 03 – Brincadeira com bola e música.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 04 – Pintura e DVD.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 05 – Jogos pedagógicos.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 06 - Dança

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 07 – Treino de Rua.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 08 – Parque, primeiro contato.

Fonte: Relato de experiência.

Figura 09 – Parque.

Fonte: Relato de experiência.

3.2 Terceiro e Quarto Momento: Apresentação do material para higiene pessoal e prática

No planejamento das atividades, procurei incluir, além da fala, materiais de banho concomitantemente com as explicações, pois os materiais didáticos são facilitadores do aprendizado e da retenção dos conteúdos.

Após o início das atividades com as crianças, percebeu-se um aumento de adesão das mesmas, que passaram a envolver-se cada vez mais, fortalecendo ainda mais o vínculo, segurança e participação com muito entusiasmo.

FIGURA 10 – Materiais de banho e explicação em grupo.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 11 – Explicação em grupo.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 12 – Explicação dos materiais para banho e prática com os alunos.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 13 – Explicação dos materiais para banho de forma individualizada.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 14 – Explicação dos materiais para banho e prática, utilização de cada material.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 15 – Explicação dos materiais para banho sob orientação.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 16 – Explicação dos materiais para banho e sua utilização.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 17 – Explicação dos materiais para banho e sua finalizada.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 18 – Explicação dos materiais para banho, manuseio.

Fonte: Relato de experiência.

3.3 Quinto e Sexto Momento: Realização da higiene pessoal como atividade da vida diária

O ambiente para a realização do banho foi estruturado e identificado para facilitar o aprendizado, deixando as crianças mais felizes e ambientadas.

Nesse sentido, observou-se que a partir de ferramentas lúdicas empregadas de maneira simples, obteve-se um ótimo resultado, pois foi possível conciliar a teoria e a pratica de uma forma divertida e descontraída e que pudesse contribuir na aprendizagem, adentrando no mundo deles.

Foi entregue a todos os alunos um KIT de higiene corporal que ficou na escola para dar continuidade à atividade desenvolvida.

As intervenções lúdicas na educação em saúde devem ser abrangentes, visando tanto a aprendizagem quanto a mudança ou adoção de comportamentos que possam elevar a qualidade de vida (SILVA et al, 2014).

FIGURA 19 – Banho e orientação.

Fonte: Relato de experiência.

FIGURA 20 – Banho e higiene corporal individualizada.

Fonte: Higiene Corporal. Relato de experiência.

FIGURA 25 – Pentear Cabelo.

Fonte: Relato de experiência, 2017.

FIGURA 26 – Distribuição dos Kit de Higiene Corporal, participação dos alunos, professores, presidente APAE e pesquisadores.

Fonte: Relato de experiência.

4 | CONCLUSÃO

A APAE de Elói Mendes desenvolve um trabalho muito importante com as crianças

com deficiência, pois são realizados atendimentos pela equipe multiprofissional como: fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, musicoterapia, fisioterapia, assistente social, pedagogia e visitas domiciliares. No momento não possui o profissional de enfermagem. Porém existe um grande interesse da instituição.

A partir da minha vivência, conclui-se que a inserção e participação dos profissionais de enfermagem, nesses espaços de atenção às pessoas com deficiência intelectual e múltipla, é primordial para a promoção de saúde e da qualidade de vida desses alunos e seus familiares.

Sendo um campo de atuação da enfermagem, e fundamental a sua participação na área da reabilitação, assistir às famílias e trabalhar com educadores/colaboradores da APAE, pois eles exercem um papel importante na promoção do autocuidado das pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A lei 12.724 de 27 de dezembro de 2012.** Institui a política nacional de proteção da pessoa com Transtorno de Espectro Autista. Disponível em : https://jus.com.br/artigos/48333/lei-n-12-764-2012-direitos-da-pessoa-com-transtorno-do-espectro-autista. Acesso em 29 Abril de 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

BUSCAGLIA,L.F. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record,2006. Disponivel em : http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfpT4AE/leo-buscaglia-os-deficientes-seus-pais. Acesso em : 10 de Março 2017.

COSTA, A. P. T; FEITOSA, R. P; FEITOSA, I. P; PEREIRA, R; RIBEIRO, G. S. **Autismo: uma proposta de trabalho em psicologia e enfermagem.**2004. Disponível em: http:// autismo1proposta.com.br. Acesso em 29 Janeiro 2017.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed. São Paulo. Atlas, 2008.

JOORMIA, T. **Autismo Infantil-Tratamento Biomédico do Autismo.** 2007. Disponível em : http :// www.autismoinfantil.com.br. Acesso em: 27 fevereiro 2017.

LEBEDEFF. TB, PEREIRA.ILS; **Educação especial: olhares interdisciplinares**. Passo Fundo (RS): UPF; 2005.

RODRIGUE, M. **O Mundo do Peu:** quais as causas do autismo? 2008.Disponível em: http://www.omundodepeu.blogspot.com.br/2008. Acesso em : 19 Fevereiro 2017.

PUESCHEL, Siegfried(Org.). **Síndrome de Down**: guia para pais e educadores. 4º ed. São Paulo: Papirus, 1993. p.54

SANTOS K. B. O. **O Papel do Profissional de Saúde no Cuidado de Pacientes Autistas.** 2008. Disponível em :http://www.artigonal.com/saude-artigos/o-papel-do-profissional-de-saúde-no-cuidado-de-pacientes-com-autismo. Acesso em: 26 de Fevereiro 2017.

SILVA,A.B.B; GAIATO,M.B;REVELES,L.T**.** Historia do autismo. In**:** SILVA,A.B.B; GAIATO, M.B; REVELES, L.T**. Mundo Singular: Entenda o autismo**. 1ª ed.Editora Objetiva : Rio de Janeiro/RJ, 2012.157-168p.

SILVA et al . **O lúdico como estratégia de promoção da saúde: integrando universidade e crianças de comunidades ribeirinhas e rurais.** 2014. 1º Ed. v.2.n1. Universidade vale do São Francisco.

MOTTA, Paulo Armando. **Genética humana:** aplicada a psicologia e toda a área biomédica. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2009.

SOBRE A ORGANIZADORA

HÁKILLA PRICYLA DE JESUS SOUZA - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestrado no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE), na área de Educação em Saúde, especialização em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia e Especialização em Gestão de Saúde (em andamento), ambos pelo Instituto IBRA de Ensino. Foi professora substituta no curso de Graduação em Enfermagem na UFPE, na Área de Saúde da Criança e do Adolescente, e ministrou aulas de Ética e Saúde da Criança, além de preceptoria hospitalar pelo Curso de Cuidado Materno Infantil da Escola de Saúde Pública de Pernambuco. Atuou como Enfermeira Assistencial nas áreas de Clínica Médica e Emergência Geral em hospitais municipais. Ministrou palestras e mini cursos em algumas instituições hospitalares, escolas e ONGs. Atualmente é servidora de um Hospital Universitário, com experiência na área de clínica cirúrgica e de pediatria. Também atua como Enfermeira do Acolhimento com Classificação de Risco de uma Emergência Pediátrica de referência no estado de Pernambuco, onde já contribuiu como Coordenadora da Equipe de Enfermagem.

ÍNDICE REMISSIVO

A

C

D

E

F

H

I

M

N

O

P

S

T

V

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021